



FMUP

BIOÉTICA

MARIA JOÃO DIAS DE OLIVEIRA AZEVEDO¹

**PREVALÊNCIA DE DISFAGIA OROFARÍNGEA EM
ADULTOS INTEGRADOS EM UNIDADES DE CUIDADOS
PALIATIVOS, POR CAUSAS NEUROLÓGICAS E/OU
CANCRO DE CABEÇA E PESCOÇO**

**Trabalho de Projeto apresentado para a
obtenção do grau de Mestre em
Cuidados Paliativos, sob a orientação
do Dr. Manuel Ribeiro.**

**2º CURSO DE MESTRADO EM CUIDADOS PALIATIVOS
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO
PORTO, 2012**



FMUP

BIOÉTICA

MARIA JOÃO DIAS DE OLIVEIRA AZEVEDO

**PREVALÊNCIA DE DISFAGIA OROFARÍNGEA EM
ADULTOS INTEGRADOS EM UNIDADES DE CUIDADOS
PALIATIVOS, POR CAUSAS NEUROLÓGICAS E/OU
CANCRO DE CABEÇA E PESCOÇO**

**Trabalho de Projeto apresentado para a
obtenção do grau de Mestre em
Cuidados Paliativos, sob a orientação
do Dr. Manuel Ribeiro.**

**2º CURSO DE MESTRADO EM CUIDADOS PALIATIVOS
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO
PORTO, 2012**

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho a todos os pacientes com necessidades de cuidados paliativos.
Para que possam viver com mais qualidade e morrer com dignidade.*

*Para todos os meus atuais e futuros pacientes, que contribuem diariamente para o meu
crescimento pessoal e profissional, para que possam usufruir de cuidados de saúde
mais especializados.*

*Agradeço a todos os que ajudaram a tornar este trabalho possível e que me apoiaram
em mais esta etapa da minha vida,*

*ao Dr. Manuel Ribeiro pela sabedoria e conhecimentos partilhados e pela
disponibilidade,*

ao Luiz pela paciência, dedicação e compreensão,

*ao meu pai e à minha mãe por serem uma constante inspiração e pela ajuda
incondicional, dedicando-me todo o amor e carinho,*

aos meus irmãos, Fernando e Helena, pelo apoio em todos os momentos,

*à Isabel pelo companheirismo em toda esta jornada e pela amizade que sempre me
dedicou,*

ao Adriano pela amizade absoluta,

e a todos os meus amigos por compreenderem a minha ausência.

Resumo

No âmbito dos cuidados paliativos (CP) a referenciação é realizada de acordo com as necessidades de cada doente. No entanto, há uma maior prevalência de algumas patologias, como é o caso das patologias oncológicas e neurológicas. Estas patologias, principalmente em fase terminal, apresentam alguns sintomas, dentro dos quais se pode encontrar a disfagia orofaríngea. Esta caracteriza-se por ser um distúrbio da deglutição, que causa desconforto e que pode, também, desencadear pneumonias, desnutrição e desidratação. Neste sentido, torna-se necessário perceber a relação entre a disfagia orofaríngea e os CP. **Objetivo:** Verificar qual a prevalência de disfagia orofaríngea em pacientes integrados em unidades de cuidados paliativos (UCPs). **Metodologia:** Para a realização da investigação será realizada uma avaliação direta da deglutição dos pacientes integrados em UCPs com diagnóstico clínico de patologias neurológicas e de cancro de cabeça e/ou pescoço. Para tal, serão utilizadas as duas primeiras partes do Protocolo de avaliação funcional da deglutição, proposto por Santoro et al. (2011). **Considerações finais:** Em Portugal existem poucos estudos que relacionam a disfagia com os CP, pelo que não permite conhecer esta realidade no território nacional. No entanto, em Inglaterra, a literatura sugere que há uma prevalência de disfagia em CP de 68% dos pacientes com cancro e 48% em pacientes com outros diagnósticos (Addington-Hall et al, 1998, citado por Roe, 2004, e por Eckman & Roe, 2005).

Palavras-chave: Disfagia orofaríngea, cuidados paliativos, doenças neurológicas, cancro de cabeça e pescoço.

Abstract

The palliative care (PC) are indicated to patients considering his needs. Thus, there is a prevalence of some pathologies, as cancer and neurologic diseases. These pathologies, especially in terminal stages, have some symptoms, which oropharyngeal dysphagia is included. The oropharyngeal dysphagia is a swallowing disorder that causes discomfort and can also trigger pneumonia, malnutrition and dehydration. In this way, it appears to be important to understand what the relationship between oropharyngeal dysphagia and PC is. **Objective:** verify what the prevalence of oropharyngeal dysphagia in patients interned in palliative care units (UCPs) is. **Methodology:** To make the investigation it will be done a direct evaluation of the swallowing of the patients interned in UCPs with clinic diagnosis of neurologic diseases and/or head and neck cancer. To do that, it will be used the two first parts of the protocol of swallowing functional evaluation, proposed by Santoro et al. (2011). **Final considerations:** In Portugal there are few studies that relate de dysphagia and the PC, so does not disclose this fact in Portuguese territory. In England, literature suggests that the prevalence of dysphagia in PC is 68% for cancer patients and 48% for non-cancer patients (Addington-Hall et al, 1998, cit in Roe, 2004, and in Eckman & Roe, 2005).

Key-words: oropharyngeal dysphagia, palliative care, neurologic diseases, head and neck cancer.

ÍNDICE

ÍNDICE DE SIGLAS	8
INTRODUÇÃO.....	9
1. CUIDADOS PALIATIVOS.....	13
1.1. Perspetiva histórica em Cuidados Paliativos	13
1.2. Definição de Cuidados Paliativos e seus objetivos.....	16
1.3. RNCCI (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados) e RNCP (Rede Nacional de Cuidados Paliativos).....	23
1.4. População Alvo e Critérios de Referenciação	27
1.5. Equipa Multidisciplinar	29
1.6. Ética em Cuidados Paliativos	33
2. DISFAGIA OROFARÍNGEA	36
2.1. Definição de Deglutição e Disfagia	36
2.2. Anatomofisiologia da Deglutição	39
2.3. Etiologia da Disfagia	51
2.4. Consequências de Disfagia	59
2.5. Avaliação da Disfagia	61
2.6. Intervenção em Disfagia	66
3. DISFAGIA NO ÂMBITO DOS CUIDADOS PALIATIVOS	73
4. HIPÓTESE DE TRABALHO	79
5. MATERIAIS E MÉTODOS	80
5.1. Cronograma de Atividades a Desenvolver durante o Mestrado em Cuidados Paliativos	86
CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89

ANEXOS

ÍNDICE DE SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVDs – Atividades de vida diária

EAPC – Associação Europeia de Cuidados Paliativos

EES – Esfíncter esofágico superior

ELA – Esclerose Lateral Amiotrófica

CP – Cuidados Paliativos

DP – Doença de Parkinson

IPO – Instituto Português de Oncologia

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

OMS – Organização Mundial de Saúde

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNCP – Rede Nacional de Cuidados Paliativos

SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SCM – Santa Casa da Misericórdia

SNG - Sonda nasogástrica

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TCE – Traumatismo Crânio-encefálico

UCP – Unidades de Cuidados Paliativos

VED – Videoendoscopia da deglutição

VFD – Videofluoroscopia da deglutição

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas a evolução da ciência permitiu um aumento da esperança média de vida e o prolongamento da vida mesmo quando são diagnosticadas patologias graves, como é o caso da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) e das neoplasias. Inevitavelmente este avanço provocou um aumento da população envelhecida e das doenças crónicas incuráveis. Como tal, tornou-se necessário proporcionar meios de assistência a estes indivíduos (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados [RNCCI], 2010a). Foi neste sentido que se criou o conceito dos cuidados paliativos (CP). Estes cuidados surgiram com o intuito de aumentar a qualidade de vida, minimizando o sofrimento e permitindo uma aceitação do processo de morte de forma mais natural (RNCCI, 2010a; Magalhães, 2009).

Inicialmente, os CP eram apenas o local para depositar moribundos e pessoas abandonadas pela sociedade. Com a passagem do tempo, este conceito foi evoluindo. Algumas pessoas ainda consideram que estes cuidados são para os “doentes terminais” e, como tal, já não há nada que se possa fazer por eles. No entanto, a definição de CP atualmente aceita não reflete esta realidade. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002, p. 84) CP é uma “abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias que enfrentam problemas associados a uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, avaliando e tratando precocemente e de forma adequada a dor e outros problemas, físicos, psicossociais e espirituais.”

Até há pouco tempo, em Portugal, os serviços de CP estavam integrados numa rede, denominada Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Esta rede, criada em 2006, contribui para uma melhor referência no âmbito dos cuidados continuados, nos quais se incluem os paliativos. Recentemente, foi criada a Rede Nacional de CP (RNCP), que ainda está em fase de adaptação, visa promover a equidade de acesso dos cidadãos a estes serviços e regular a sua organização.

Para a referência dos CP há alguns parâmetros a considerar. De acordo com a nova Lei de Bases dos CP (Lei n.º 52/2012), a admissão na RNCP é baseada em critérios clínicos, nomeadamente, critérios de complexidade, gravidade e prioridade clínica. O mais importante a considerar é a necessidade do paciente. Contudo, há

diagnósticos que são mais predominantes nestas unidades, tais como, patologias oncológicas, SIDA, doenças cardiovasculares, doenças neurológicas e insuficiências terminais de órgãos rapidamente progressivas.

Como a população alvo dos CP é diversificada, os sintomas existentes nestes serviços podem ser também bastante diversos. Assim sendo, há necessidade de incluir uma equipa multidisciplinar diversificada, de modo a permitir uma melhor análise dos sintomas e respetivo tratamento que promova a qualidade de vida. Segundo o Programa Nacional de CP (Cardoso et al., 2010) e a Lei de Bases dos CP (Lei n.º 52/2012), existem três tipos de equipas nos CP: unidades de CP (UCP), equipas intra-hospitalares de suporte e equipas comunitárias de suporte. Do que está descrito neste plano e na Lei de Bases dos CP, as equipas são semelhantes, diferindo, essencialmente, no local de atendimento. No entanto, o importante é que os profissionais envolvidos tenham formação específica e diferenciada para intervir neste âmbito. O Plano Nacional de CP não contempla na sua descrição a existência de terapia da fala nos serviços. Contudo, Eckman e Roe (2005), Pinto (2009) e Roe (2004) sugerem que este profissional é importante para promover a qualidade de vida, intervindo ao nível da comunicação e deglutição.

A deglutição é o processo através do qual o alimento vai da boca ao estômago. Segundo Logemann (1998) este processo é composto por 3 fases: fase oral, fase faríngea, fase esofágica. O nome das fases constitui o local onde elas acontecem no aparelho digestivo. O processo de deglutição é bastante complexo, na medida em que exige um controlo neuromuscular exigente. Salienta-se a importância da fase faríngea, pois é onde há uma partilha entre o aparelho digestivo e o respiratório, o que implica a necessidade de uma proteção das vias aéreas inferiores para não permitir a passagem do *bolus*.

Todas as fases da deglutição podem apresentar alterações nas suas partes constituintes. À alteração da deglutição dá-se o nome de disfagia. Esta, por sua vez, também pode ser classificada de acordo com o local onde ocorre. Como tal, os tipos de disfagia encontrados são disfagia orofaríngea, denominada, frequentemente, apenas por disfagia, e disfagia esofágica (Gallagher, 2011). Pode também ser caracterizada de acordo com o grau de severidade: disfagia ligeira, moderada ou grave (Santoro et al., 2011; Silva, 1997, citada por, Silva et al., 2010).

A disfagia pode ocorrer por diversas etiologias, sendo as mais comuns agrupadas em neurológicas e mecânicas. Entre as causas neurológicas encontram-se patologias como o Acidente Vascular Cerebral (AVC), a Doença de Parkinson (DP), Alzheimer (Humbert et al., 2010), Esclerose Múltipla, Traumatismo Crânio-encefálico (TCE) (Karagiannis et al., 2011), Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) e Miastenia Gravis (Santamato et al., 2009). As causas mecânicas mais frequentes relacionam-se com o cancro de cabeça e pescoço e tratamentos adjacentes, intubação prolongada, traqueostomia e ventilação mecânica (Skoretz, Flowers, & Martino, 2010).

Esta patologia pode acarretar várias consequências. Segundo a literatura consultada, a mais comum é a aspiração de alimento para a laringe que, por sua vez, pode conduzir a pneumonias por aspiração, aumentando significativamente a morbidade e mortalidade. Outras consequências enumeradas são a desidratação, desnutrição, perda de peso e isolamento social (Agarwal et al., 2010).

Então, torna-se necessário efetuar uma anamnese e avaliação detalhada para poder diagnosticar a disfagia. A anamnese é uma entrevista detalhada sobre o quadro clínico do paciente e seus antecedentes. Já a avaliação constitui, essencialmente, numa observação detalhada indireta e direta da deglutição. Na avaliação indireta a observação é realizada sem introdução de alimento. Na direta há oferta de alimento em diferentes consistências com progressivo grau de complexidade para a deglutição (Santoro et al., 2011).

Após serem obtidos os dados da anamnese e da avaliação, inicia-se a intervenção. Esta visa aumentar a funcionalidade do paciente, atendendo às alterações apresentadas (Logemann, 2007). A intervenção visa adequar o estado nutricional e hídrico do paciente e promover uma deglutição segura, eficaz e efetiva, aumentando a qualidade de vida (Ebihara, Kohzuki, Sumi, & Ebihara, 2011a). Algumas das estratégias usadas relacionam-se com a mudança da consistência da dieta, manobras posturais, manobras voluntárias de proteção das vias aéreas e de limpeza dos recessos faríngeos (Gonçalves & Vidigal, 2004; Logemann, 2007). Quando nenhuma destas intervenções é eficaz e o perigo de aspiração é elevado, torna-se necessário recorrer ao uso de sonda nasogástrica (SNG) ou realização de gastrostomia.

No âmbito dos CP, a intervenção em disfagia tem o objetivo de manter a função e aumentar a independência o maior tempo possível, aliviando também a sobrecarga

sofrida pelos cuidadores (Roe, 2004). Neste sentido, Eckman e Roe (2005) descrevem a necessidade do terapeuta da fala nas equipas de CP. Este profissional, juntamente com a restante equipa de intervenção em disfagia, devem ponderar qual a via mais adequada de nutrição e hidratação destes pacientes (Pessini, 2006). Muitos pacientes em fase terminal têm redução de apetite e dificuldades de digestão, o que diminui muito a ingestão alimentar, mesmo sem a presença de disfagia (Macmillan, Hopkinson, Peden, & Hycha, 2000). No entanto, através de algumas estratégias, este padrão pode ser parcial ou totalmente revertido, aumentando a qualidade de vida. Na pesquisa bibliográfica foram encontrados poucos estudos que relacionem a disfagia com os CP e, principalmente, que descrevam as características desta patologia nos pacientes integrados nestas unidades.

Portanto, este trabalho pretende ser uma mais-valia no âmbito dos CP, uma vez que, apesar de estar provada a prevalência de disfagia nas patologias referenciadas para estes serviços, não foram encontrados estudos que sustentem concretamente esta prevalência nos CP em Portugal, bem como, que descreva as características da disfagia nesta população.

O presente trabalho constitui um projeto de investigação de um estudo observacional-descritivo transversal, cujo principal objetivo é verificar qual a prevalência de disfagia orofaríngea em pacientes integrados em UCPs. O trabalho foi, então, dividido em cinco capítulos, sendo que o primeiro aborda a envolvimento dos CP em Portugal, o segundo descreve a disfagia orofaríngea e o terceiro sustenta o que a literatura estudou sobre a associação dos dois temas anteriores. O quarto e quinto capítulo são relativos à metodologia do trabalho, respetivamente, ao estabelecimento das hipóteses de investigação e aos materiais e métodos utilizados.

1. CUIDADOS PALIATIVOS

“O aumento da esperança média de vida, da incidência de neoplasias e outras doenças crónicas, incuráveis, assim como uma nova exigência social (melhoria de cuidados no final de vida, apoio emocional, promoção da autonomia, morte com dignidade), tornam a prestação de cuidados aos doentes em fase avançada de doença, com sofrimento, ou em estado terminal, um dos fatores essenciais de qualquer sistema de saúde.” Neste sentido, os cuidados paliativos (CP) surgem com o principal objetivo de aumentar a qualidade de vida, diminuindo o sofrimento, promovendo dignidade, autonomia e adaptação emocional à situação do doente (RNCCI, 2010a, p. 8). Os CP ajudam o homem a conviver de forma mais natural com a mortalidade humana, contribuindo para melhorar o seu pensamento acerca da morte, do morrer e do luto (Magalhães, 2009).

1.1. *Perspetiva histórica em Cuidados Paliativos*

O conceito de CP é muito recente. Os primeiros locais neste âmbito eram abrigos destinados a acolher e cuidar de peregrinos e viajantes. Por isso o primeiro nome para estes locais foi *Hospice* (Hospício) (Matsumoto, 2009). De acordo com Melo e Figueiredo (2006) a palavra *hospice* tem origem latina (*hospes*), que significa estranho e depois anfitrião. Vem no mesmo sentido de *hospitalis*, que significa amigável, aquele que dá boas vindas ao estranho, e mais tarde deu origem a hospitalidade. O primeiro local foi inaugurado em 1830 na Austrália, anexado ao St. Vincent’s Hospital, apesar de não ser denominado de tal forma. O termo *Hospice* surgiu em França quando Mme Jeanne Garnier abriu vários locais deste género (Magalhães, 2009). Na época, em 1840, os abrigos para peregrinos eram de origem religiosa e cuidavam-se dos enfermos que estavam a morrer (Melo & Figueiredo, 2006).

Mais tarde, em 1879, abriu o Our Lady’s Hospice for the Dying em Dublin, 21 anos após a morte de Maru Aikenhead (fundadora da congregação irlandesa das Sisters of Charity) no convento onde faleceu, derivado a uma ambição sua (Clark, 2004, citado por Magalhães, 2009). Na Inglaterra, a primeira instituição fundada para doentes em fim

de vida foi em 1885, pelo francês Davidsonm. Era conhecida como «The Friedenheim: um lugar de paz para os que estão no fim da vida» e baseou-se numa ideia desenvolvida na Alemanha, que acolhia doentes terminais vítimas de tuberculose (Clark & Symour, 1999, citados por Magalhães, 2009). Simultaneamente, outras instituições foram fundadas na Inglaterra, entre as quais o, atualmente conhecido por, Trinity Hospice, que é serviço de CP oficial mais antigo do Reino Unido. Mais tarde, surgiu o St. Luke's House em Regent's Park, em Londres, que iniciou o uso da palavra Hospice no sentido contemporâneo (Magalhães, 2009). Este caracteriza-se pelas suas preocupações religiosas, filantrópicas, morais e médicas, demonstrando a importância do esforço do voluntariado enquanto dever cristão e como forma de controlo social, impondo aos pobres comportamentos e normas da classe média (Clark & Symour, 1999, citados por Magalhães, 2009).

Na sequência deste conceito contemporâneo, a partir da década de 50, os sociólogos e psicólogos começaram a ter um crescente interesse intelectual no processo de perda e luto, iniciando, assim, uma nova organização de voluntariado mais orientado para os problemas pessoais e emocionais. Ainda nesta década, a morte começou a acontecer nos hospitais em vez de ser no domicílio, afastada do “olhar público,” onde era higienizada e medicalizada (Clark, 1998, citado por Magalhães, 2009). Em Inglaterra a sociedade estava em mudança, nomeadamente no que se refere ao aumento da natalidade e da população idosa, reduzindo as taxas de mortalidade por doenças infecciosas e dando origem às doenças crónicas e incapacitantes. Verificou-se também uma preocupação crescente com o cancro. Assim sendo, as preocupações com o cuidar no fim da vida começaram a ser emergentes tanto no Reino Unido (que se focava na negligência médica face pessoas que iam morrer) como nos Estados Unidos da América (que reagia à futilidade terapêutica face ao sofrimento e à morte inevitável) (Magalhães, 2009).

Neste contexto, na década de 60, começou o movimento do *Hospice*, dando origem ao primeiro “*Hospice* moderno” ou “independente”, em Londres, com o St. Christopher's Hospice, organizado por Cicely Saunders e seus colegas. Esta filosofia prendia-se no cuidar com dois elementos fulcrais: o controlo efetivo da dor e de outros sintomas da fase avançada das doenças, e o cuidado com as dimensões psicológicas,

sociais e espirituais de pacientes e respetivas famílias¹ (Melo & Figueiredo, 2006; Wheat, 2009). O objetivo da enfermeira era salientar a importância dos cuidados rigorosos, científicos e de qualidade às pessoas com doenças incuráveis, que eram cada vez mais em maior número (Neto, 2010). Até então, estas pessoas eram tratadas no hospital a fim de encontrar a cura. Para a medicina da época, assumir que uma doença era incurável constituía um fracasso (Magalhães, 2009; Wheat, 2009). Contudo, “apesar de todos os progressos da medicina, a morte continua a ser uma certeza para cada ser humano. A morte não é, pois, uma possibilidade, algo eventual, mas um facto inexorável da própria vida” (Neto, 2010, p. 2).

Face a esta mudança de mentalidades, começou a ser necessário treinar os profissionais envolvidos e os voluntários, de modo a oferecerem os melhores cuidados e o melhor suporte aos pacientes em fase terminal e suas famílias em todo o processo de luto. Começa, então, aqui o conceito de cuidar a sobrepor-se ao de só curar (Melo & Figueiredo, 2006). De modo a clarificar estes conceitos, Pessini (2006) refere-se à cura como uma “virtude militar” de combater e permanecer na luta contra a doença e ao cuidar como um valor central da dignidade humana, salientando a solidariedade entre o paciente e os profissionais de saúde. Com esta mudança de paradigmas começa a valorizar-se as necessidades do paciente até ao fim da vida (Melo & Figueiredo, 2006). Apesar de ser um movimento moderno, remete-nos para tradições ancestrais da medicina grega, que valorizava o papel do médico junto dos doentes que iam morrer, com Esculápio (Kearney, 2000, citado por Neto, 2010).

No entanto, de acordo com Magalhães (2009), até aos anos 80, os CP destinavam-se quase exclusivamente a doentes oncológicos em fase imediatamente antes de morrer. Em 1982, a Organização Mundial de Saúde (OMS) verificou a necessidade de criar um serviço de acolhimento aos doentes com cancro em todos os países, de forma a minimizar o seu sofrimento, formando equipas de profissionais para o efeito (Matsumoto, 2009; Sepúlveda, Marlin, Yoshida, & Ullrich, 2002). Foi nesta altura que começou a utilizar-se o termo CP, já usado no Canadá, desde 1975, por Balfour Mount, no Royal Victoria Hospital de Montreal, devido à dificuldade de tradução do termo *hospice* em alguns idiomas (Gonçalves, 2009; Matsumoto, 2009).

¹ No âmbito dos CP, consideram-se familiares ou família como a(s) pessoa(s) com quem o paciente tem uma relação mais próxima, mesmo não havendo graus de parentesco (Lei n.º 52/2012).

Paliativo que, segundo Magalhães (2009) e Melo e Figueiredo (2006), vem de *Palliare*, palavra latina, que significa proteger, amparar, cobrir, abrigar.

Portanto, os CP vieram no sentido de preencher algumas lacunas de preparação e organização dos serviços para pacientes em fase terminal da vida (Carneiro et al., 2011).

1.2. Definição de Cuidados Paliativos e seus objetivos

O conceito dos CP modernos vai no sentido da proteção. No entanto, este pode ser alvo de diversas interpretações e contradições. Antes dos anos 80 os CP eram cuidados terminais associados às unidades de oncologia e ao período imediatamente antes de morrer. Associação que ainda é feita até aos dias de hoje (Magalhães, 2009; Neto, 2010). Talvez se deva ao facto de que, apesar dos avanços tecnológicos da medicina, a incidência e a mortalidade do cancro continuam a aumentar. Segundo a OMS, citada por Melo e Figueiredo (2006), a previsão para 2015 é de 15 milhões de novos casos por ano, havendo um maior número de mortes nos países em desenvolvimento. No caso da SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), por exemplo, a previsão é de mais de 10 milhões, sendo que 90% das mortes ocorrerão em países emergentes.

No entanto, o uso da palavra terminal é algo que acarreta um sentido negativo e passivo, que leva os pacientes, famílias, e até a própria equipa, a terem uma atitude de passividade face à doença. Esta atitude reflete-se no pensamento de que “já não há mais nada a fazer,” mesmo que o tempo de vida do paciente ainda seja alargado (National Council of Hospice and Specialist Care Services, citado por Clark & Seymour, 1999, citados por Magalhães, 2009). De acordo com Matsumoto (2009) o uso do termo “doença terminal” leva a crer que já não há possibilidade de viver, quando os pacientes ainda têm algum tempo de vida, que deve ser vivido e utilizado, também, para refletir e tomar consciência de que a morte é um processo natural. Portanto, os CP têm como finalidade a modificação da doença, não se falando em impossibilidade de cura, mas sabendo que ainda há algo a fazer no indivíduo que apresenta uma doença que ameaça a vida. No sentido de clarificar o conceito de CP o National Council of Hospice and Specialist Care Services, citado por Clark e Seymour (1999), citados por Magalhães (2009), refere que os cuidados terminais são parte constituinte dos CP, na medida em que controlam os pacientes nos últimos dias, semanas ou meses de vida, desde o

momento em que se verifica que o paciente está “num estado progressivo de declínio.” Este estado refere-se a doenças ativas e progressivas para as quais o tratamento curativo não é adequado ou possível.

Então, a morte é aceite como inevitável. Esta perspetiva vem contrapor o que, na sociedade ocidental, se acredita ser o objetivo dos serviços de saúde: a cura da doença (Matsumoto, 2009). Assim sendo, segundo Cardoso et al. (2010) e Gonçalves (2009) a incurabilidade e a morte inevitável pela doença são consideradas como “fracassos da medicina”. Tal como já foi referido, Gonçalves (2009) afirma que a morte é um processo natural e acrescenta que não reconhecer quando se deve deixar de lutar contra ela é tão prejudicial para o doente como não ter consciência das situações em que é possível atuar para curar ou prolongar a vida. Magalhães (2009) caracteriza o percurso até morrer com períodos de agudização, possivelmente reversíveis, de curta duração, que vão sendo cada vez mais frequentes e difíceis de tratar. Neste período o paciente vai-se adaptando às circunstâncias em que se encontra. Segundo Melo e Figueiredo (2006), a adaptação depende de vários fatores, nomeadamente a idade, o estagio do desenvolvimento familiar, do quadro clínico, da experiência prévia individual e familiar relativamente à doença e à morte, da forma como reagem a situações de *stress*, da condição socioeconómica do paciente e da família e do contexto cultural envolvente.

Como não é possível saber o tempo em que a morte vai ocorrer, a distinção entre cura e palição torna-se algo complexo (Clark & Seymour, 1999, citados por Magalhães, 2009). Ahmedzai, citado por Clark e Seymour (1999), citados por Magalhães (2009) a transição entre os CP e os cuidados curativos é um momento crítico, dado que estes últimos, em muitos casos, não se destinam à recuperação, mas ao prolongamento da vida. Contudo, em algum momento é necessário interromper as tentativas de prolongar a vida ou administrar terapias intensivas para recorrer apenas a terapias paliativas. Por outro lado, Pessini, citado por Pacheco (2002), citado por Neto (2010), refere que os CP são, com frequência, iniciados quando se assume que já se esgotaram as hipóteses terapêuticas com intuito curativo. No entanto, não é este o objetivo dos CP, dado que é importante iniciar precocemente estes cuidados de modo a promover a maior qualidade de vida ao paciente, indo de encontro às suas necessidades e das respetivas famílias (Doyle, 2004, citado por Neto, 2010). Portanto, ambos os tipos de cuidados devem ser interligados, na medida em que, mesmo quando não há

possibilidade de cura, o tratamento do doente deve continuar com o intuito de lhe promover o maior conforto (Gonçalves, 2009; Neto, 2010).

É neste sentido que surge a primeira definição de CP, publicada pela OMS, em 1990, que descrevia estes cuidados da seguinte forma: “cuidado ativo e total para pacientes cuja doença não é responsiva a tratamento de curso. O controlo da dor, de outros sintomas e de problemas psicossociais e espirituais é primordial. O objetivo dos CP é proporcionar a melhor qualidade de vida possível para pacientes e familiares” (Matsumoto, 2009; Melo & Figueiredo, 2006).

Esta definição foi atualizada em 2002, pela OMS, segundo a qual, se entende por CP a “abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias que enfrentam problemas associados a uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, avaliando e tratando precocemente e de forma adequada a dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais.” (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2002, p. 84). É a definição utilizada até hoje e enfatiza a importância que os CP têm em promover o conforto do paciente (Cardoso et al., 2010).

Recentemente, a nova Lei de Bases do CP (Lei n.º 52/2012, p. 5119) define CP como os “cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação em sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais.”

Os CP, tal como indica a definição supramencionada, devem ser iniciados desde o diagnóstico da doença “potencialmente mortal” até ao momento da sua morte, acompanhando os diferentes momentos da evolução da mesma e assistindo a família do paciente, mesmo após a morte do mesmo (Cardoso et al., 2010; Matsumoto, 2009). Os familiares são um dos alvos de intervenção dado que também eles precisam de compreender e aceitar as condições e ajustes da doença, colaborando assim nos cuidados ao doente e sendo também objeto de cuidados tanto durante a doença como no luto. No que respeita à informação fornecida, esta deve ser sempre verdadeira, mas

hierarquizada, tendo sempre em consideração os benefícios e os malefícios que esta pode causar ao paciente e respetiva família (Matsumoto, 2009).

Para Gonçalves (2009) a ideologia dos CP pode ter três modelos de assistência. O modelo mais comum é o modelo em que, após o diagnóstico da doença, se procede ao tratamento curativo até ao momento em que este já não resulta e o paciente passa para o tratamento paliativo até à morte. O modelo de integração de modalidades de tratamento é um modelo que se caracteriza pela incorporação do paciente em ambos os tratamentos desde o diagnóstico até à morte, sendo que numa fase inicial o tratamento mais presente é o curativo e na final o paliativo. O terceiro modelo corresponde à situação ideal, em que apenas difere do anterior por dar suporte à família após a morte do paciente, no seu processo de luto, sempre que necessário.

Comparativamente, a OMS, citada por Capelas e Neto (2010), sugere que existem cinco modelos de atuação em CP, sendo que uns são mais atualizados do que outros. Do modelo mais desadequado para o mais adequado podemos enumerar os seguintes: modelo de obstinação terapêutica, modelo de abandono, modelo separado, modelo integrado, modelo cooperativo com intervenção nas crises (Gómez-Batiste, et al, 2005, citados por Capelas & Neto, 2010). O primeiro modelo caracteriza-se pela aplicação de tratamentos específicos desde o diagnóstico até à morte do paciente, não sendo contemplados os CP. O modelo de abandono, também negativo, está relacionado com duas fases de intervenção. A primeira é a fase da busca incessante da cura até se verificar que “já não há mais nada a fazer” e o utente é abandonado, passando, muitas vezes, para unidades de cuidados intensivos, onde as terapêuticas não são adequadas a estes casos, o que é eticamente reprováveis e aumenta o uso de recursos desnecessários. O terceiro modelo, o separado, surgiu com o aparecimento dos primeiros *hospices* e é um modelo dicotómico, utilizado até aos dias de hoje. Assemelha-se ao “modelo mais comum” citado anteriormente por Gonçalves (2009), em que há uma separação entre o tratamento curativo e o tratamento paliativo, suscitando dúvidas de qual o limite de cada um dos tratamentos. Relativamente ao modelo integrado, é em todo idêntico ao modelo de situação ideal referido por Gonçalves (2009). Por fim, o modelo cooperativo com intervenção nas crises vai de encontro às necessidades dos doentes. É um modelo que parece ser o ideal, pois incorpora os dois tipos de tratamento, de forma semelhante ao modelo anterior. Contudo, os tratamentos articulam-se e estão em colaboração permanente no sentido de aliviar o sofrimento e aumentar a qualidade de vida.

Face ao exposto, a OMS, citada por Cardoso et al. (2010), considera que os CP são uma prioridade da política de saúde, dado que constituem uma necessidade para os doentes em fase avançada e no final de vida. O mesmo autor cita o Conselho da Europa que refere que a existência deste tipo de cuidados são especialmente importantes para prevenir a solidão e sofrimento destes doentes, bem como prestar-lhes cuidados num ambiente apropriado, respeitando, assim os direitos fundamentais do ser humano.

Portanto, os CP tem como elementos fundamentais o alívio dos sintomas, o apoio psicológico, espiritual e emocional, apoio à família e interdisciplinaridade (Cardoso et al., 2010). É neste contexto que podemos verificar claramente a diferença dos princípios da eutanásia e dos CP (Matsumoto, 2009).

Neste sentido, pode-se dizer que os principais objetivos dos CP, de acordo com Maciel (2009), são: resolução ágil das intercorrências decorrentes da doença avançada; prestar cuidados pertinentes na fase final da vida; cuidar de doentes incapacitados por doença prolonga; reabilitação de doentes incapacitados após Acidente Vascular Cerebral (AVC) ou traumatismo recente, após fase crítica, mas vulnerável; cuidar de doentes com falência funcional avançada, com períodos de instabilidade clínica e necessidade de intervenções. Por outro lado, Magalhães (2009) e Melo e Figueiredo (2006) sugerem que os CP pretendem: proporcionar o alívio da dor e de outros sintomas; assumir a vida e encarar a morte como um processo natural, não acelerando nem protelando este processo; cuidar dos aspetos psicológicos e espirituais dos pacientes; auxiliar os pacientes a viverem o mais ativamente possível no fim da vida; apoiar a família no seu processo de aceitação da doença e do luto; e, promover a qualidade de vida, melhorando a aceitação da doença. Para cumprir estes objetivos é necessário o trabalho em equipa que dê respostas às necessidades dos pacientes e respetivas famílias.

No seguimento destes objetivos o Programa Nacional de Cuidados Paliativos (Cardoso et al., 2010) sugere que os CP assentam em alguns princípios, nomeadamente: (1) afirmar a vida e encarar a morte como um processo natural; (2) encarar a doença como causa de sofrimentos e minimizá-lo; (3) tratar o doente na sua individualidade e considerar a sua vida até ao último dia de vida; (4) respeitar os valores e prioridades do doente; (5) apoiar clínica e humanamente o sofrimento e medo de morrer; (6) reconhecer que a fase final da vida pode constituir momentos de reconciliação e crescimento pessoal; (7) considerar que o ser humano não dispõe da sua vida, pelo que

não pode antecipar nem atrasar a morte, contrariando a eutanásia, o suicídio assistido e a futilidade diagnóstica e terapêutica; (8) abordar de forma integrada o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual do doente; (9) acompanhar o doente com humanidade, compaixão, disponibilidade e rigor científico; (10) procurar constantemente o bem-estar do doente, ajudando-o a viver o mais intensamente possível até ao fim; (11) ajudar, apenas, quando o doente e família aceitam; (12) permitir ao doente escolher o local onde deseja viver e ser acompanhado até ao fim da vida; (13) e, por fim, basear-se na diferenciação e interdisciplinaridade.

Ainda sobre os objetivos e princípios destes cuidados, Melo e Figueiredo (2006) acrescentam que, uma vez que o principal foco dos CP é o cuidar e, neste sentido, é necessário ouvir o paciente, fazer um diagnóstico adequado, tendo em conta os tratamentos e drogas disponíveis para cada caso, usar medicamentos que atuem em mais do que um sintoma em simultâneo, propor tratamentos simples, tratar a dor não só com medicamentos e analgésicos e reconhecer as pequenas realizações, desfrutando-as ao máximo. Consideram-se que os principais objetivos dos CP são promover o conforto e dignidade, melhorando a qualidade de vida a indivíduos que sofrem de doenças crónicas e prestar apoio aos cuidadores e familiares (Standing Medical Advisory Committee, 1992, citado por Ferreira & Pinto, 2008). Neste sentido, torna-se fundamental definir qualidade de vida, que o World Health Organization group (1994), citado por Ferreira e Pinto (2008), define como a perceção que o indivíduo tem sobre a sua posição na vida, considerando os sistemas de valores e cultura em que se insere e os seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI, 2010b, p.10) acrescenta que estes cuidados apresentam os seguintes princípios: “(i) continuidade de cuidados nos diferentes níveis do Serviço Nacional de Saúde (SNS); (ii) coordenação a nível nacional e regional; (iii) monitorização e avaliação dos cuidados prestados nos diferentes níveis; (iv) prestação de cuidados baseados nas necessidades e na participação do doente e família; (v) prestação de cuidados baseados na multidisciplinaridade/plano individual de intervenção (PII); (vi) competência profissional em CP e estímulo à formação contínua; (vii) integração dos aspetos espirituais e psicológicos do cuidado ao doente.”

Por seu turno, a Lei de Bases dos CP (Lei n.º 52/2012) descreve que os CP acentuam nos seguintes princípios: (1) valorização de cada indivíduo e afirmação da

vida, reconhecendo que a morte é um processo natural, pelo que se deve evitar a obstinação terapêutica; (2) aumentar a qualidade de vida do paciente e família; (3) atuação de forma individualizada, humanizada e tecnicamente rigorosa; (4) prestação de cuidados multi e transdisciplinares; (5) “conhecimento diferenciado da dor e dos demais sintomas”; (6) atuação ao nível das necessidades de cada paciente; (7) consideração pelos valores, crenças e práticas pessoais, culturais e religiosas de cada paciente; e (8) manutenção dos cuidados aos longo da doença.

Concomitantemente, a RNCCI (2010b) refere alguns dos valores destes cuidados: direito ao alívio do sofrimento e à sua individualidade, melhorar a qualidade de vida do doente, ter compaixão face ao sofrimento e ter em atenção as expectativas dos doentes e famílias integrados na RNCCI. Esta rede, criada em 2006, pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, surgiu no âmbito do programa do Governo, devido à situação dos CP em Portugal, que, no ano de 2005, segundo o estudo *Palliative Care Facts in Europe*, encontravam-se deficitários. Até então havia apenas quatro unidades de internamento (intra-hospitalar e Instituição Particular de Solidariedade Social – IPSS), três equipas domiciliárias e duas equipas intra-hospitalares, que atendiam apenas pacientes provenientes do próprio hospital. A distribuição das equipas de CP era da seguinte forma: quatro equipas intra-hospitalares (no Instituto Português de Oncologia (IPO) do Porto e de Coimbra, no Hospital do Fundão e nas Irmãs Hospitaleiras de Belas); uma equipa em IPSS, na Santa Casa da Misericórdia (SCM) da Amadora; e quatro equipas domiciliárias (no Centro de Saúde de Odivelas, na SCM de Azeitão, no IPO do Porto e de Lisboa). Por outro lado, a RNCCI (2010a) refere que as respostas em CP eram apenas oito, distribuídas em: três unidades intra-hospitalares (no IPO do Porto e Coimbra e no Hospital do Fundão); uma unidade em lar (na SCM da Amadora); três equipas domiciliárias (no Centro de Saúde de Odivelas, na SCM de Azeitão e no IPO do Porto); e uma equipa hospitalar (no Hospital de São João).

Ambos os relatórios são unânimes no que diz respeito às localizações das equipas serem no norte e centro, pelo que as regiões do Alentejo e Algarve apresentavam uma grande lacuna neste âmbito. No entanto, é necessário salientar que as Unidades de Dor complementavam a atividade dos CP, atuando na dor crónica.

Mais tarde, o estudo realizado em 2008 pelo Parlamento Europeu, *Palliative Care in the Europe Union*, veio mostrar que, em três anos, Portugal teve um crescimento muito positivo de 296%. Neste sentido, face aos outros países europeu, Portugal

mostrou um desenvolvimento acelerado e um modelo de organização homogéneo, devido à boa formação dos recursos humanos e a uma legislação e modelo financeiro favoráveis. Este facto deveu-se, em parte, à criação da RNCCI, já citada acima (RNCCI, 2010b).

Recentemente, a 5 de Setembro de 2012, a Assembleia da República decretou a Lei de Bases dos CP, que regula o direito ao acesso dos cidadãos a estes cuidados e cria uma Rede Nacional de CP (RNCP) (Lei n.º 52/2012).

1.3. RNCCI (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados) e RNCP (Rede Nacional de Cuidados Paliativos)

A RNCCI, tal como já foi mencionado, foi criada em 2006, pelo Ministério da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, com o intuito de prestar cuidados continuados integrados, incluindo paliativos, considerando os níveis e diferenciação definidos no Programa Nacional de CP (Cardoso et al., 2010).

Atualmente, os CP compõem uma rede específica, como supramencionado, a RNCP. Esta foi criada no sentido de prestar os CP a indivíduos, cuja situação seja de sofrimento decorrente de doença grave ou incurável, com prognóstico reservado e em fase avançada e progressiva. Consideram-se os objetivos específicos da RNCP a melhoria das condições de vida e bem-estar destes pacientes, a partir da prestação de CP, apoiando, acompanhando e internando de modo tecnicamente adequado à situação individual, bem como à família, a melhoria constante da qualidade da prestação dos CP, articulação e coordenação entre a rede de cuidados de diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação, permitir o acesso equitativo de todos os cidadãos e famílias em território nacional, prestação de cuidados domiciliários quando clinicamente possível e se for esta vontade do paciente e família, e antecipação das necessidades, bem como planeamento das respostas no âmbito dos CP.

Na Europa, os CP encontram-se organizados de formas diferentes, havendo diferenças na disponibilidade e na qualidade dos serviços. No entanto, o intuito dos CP é criar um atendimento flexível e adaptado às necessidades da população alvo. Assim, a

organização destes cuidados inclui Hospitais, RNCCI e Cuidados de Saúde Primários, sendo que nas áreas urbanas (onde há mais população concentrada) é diferente das zonas interiores (em que a população está mais dispersa) (Cardoso et al., 2010).

De acordo com a Associação Europeia de CP (EAPC), citada por Cardoso et al. (2010), os tipos de cuidados devem ser estruturados em quatro níveis, tendo em atenção a especialização e formação dos profissionais e a complexidade das situações a que é capaz de responder. Neste sentido, temos os seguintes níveis: *Palliative care approach*, *General palliative care*, *Specialist palliative care* e *Centres of excellence*. Em Portugal foram adaptados para: Ação Paliativa e CP de níveis I, II e III. Analogicamente, já em 1994 o National Council of Hospice and Specialist Care Services, citado por Clark e Seymour (1999), citados por Magalhães (2009), propõe um modelo de prestação de cuidados desenvolvido em três níveis.

Assim sendo, a ação paliativa é o nível mais básico e caracteriza-se pela prestação de ações paliativas sem recurso a equipas ou estruturas diferenciadas, que dão resposta à maioria das situações menos complexas apresentadas pelos doentes e/ou famílias. Este tipo de cuidado pode ser prestado em internamento, ambulatório ou domicílio, por qualquer profissional clínico e em qualquer instituição de cuidados de saúde, sendo necessário nos serviços onde há uma elevada frequência e prevalência de pacientes com idade avançada ou prognóstico de vida limitado, tal como nos cuidados de saúde primários, nos serviços de oncologia e de medicina interna, em unidades de dor e em unidades e equipas da RNCCI (EAPC, citada por Cardoso et al., 2010). Este nível é comparável ao primeiro nível do National Council of Hospice and Specialist Care Services, citado por Clark e Seymour (1999), citados por Magalhães (2009), que se refere aos CP nos serviços de âmbito geral ou em contexto de instituições de cuidados a longo prazo, tal como lares.

No que respeita aos CP de nível I da EAPC, citada por Cardoso et al. (2010), caracterizam-se por serem equipas intra-hospitalares ou domiciliárias de suporte em CP, que prestam CP diferenciados a doentes internados, em ambulatório ou no domicílio. Neste nível, a equipa deve ser multidisciplinar com formação diferenciada em CP, que prestam diretamente os cuidados ou exercem funções de apoio técnico a outras equipas. De forma semelhante, no segundo nível do modelo do National Council of Hospice and Specialist Care Services, citado por Clark e Seymour (1999), citados por Magalhães

(2009), também os profissionais são treinados e especializados, que utilizam as suas competências decorrentes de trabalho que desenvolvem em contexto não especializado.

Os CP de nível II da EAPC, citada por Cardoso et al. (2010), destinam-se a pacientes que necessitam de cuidados mais complexos. Assim, neste nível as equipas prestam os cuidados diretamente e/ou de forma efetiva nas 24 horas. Estas equipas são também multidisciplinares com formação diferenciada em CP, tal como no nível anterior. No entanto, para além destes, também os elementos com funções de chefia ou coordenação técnica têm formação avançada em CP. Os cuidados deste nível são prestados em Unidades de CP (UCPs), com o respetivo internamento, incluindo cuidados domiciliários e em ambulatório. Comparativamente, o nível três do modelo do National Council of Hospice and Specialist Care Services, citado por Clark e Seymour (1999), citados por Magalhães (2009), caracteriza-se ser constituído maioritariamente por pessoal treinado que presta serviços tanto em casa como em contexto hospitalar.

Por último, o nível de maior diferenciação corresponde ao nível III de CP que se distinguem por ser uma “referência na prestação de cuidados, na formação e na investigação”, devido à experiência e diferenciação que estes cuidados possuem. Portanto, são os mais adequados para responder a situações de elevada exigência e complexidade no âmbito dos CP. Os cuidados de nível III são semelhantes aos de nível II, mas incluem ainda o desenvolvimento de programas estruturados e frequentes de formação diferenciada ou avançada em CP e investigação regular em CP, pelo que, geralmente, se localizam em centros universitários, com estruturas próprias para docência e investigação (EAPC, citada por Cardoso et al., 2010).

Analogicamente, Neto (2010) descreve uma organização destes cuidados, em três grupos: UCPs, unidades secundárias e UCP agudos (terciárias). As UCPs centram-se no apoio domiciliário e centro de dia, para pacientes com menores necessidades de assistência. Contemplam também internamento, mas todas as unidades têm o seu próprio funcionamento. As unidades secundárias constituem um apoio assistencial mais especializado. As UCPs terciárias são mais direcionadas para pacientes mais complexos e em situações de agudização. Por isso estão em centros académicos, que, para além da assistência prestada, dedicam-se à investigação e ao ensino.

Como já foi referido anteriormente, os CP podem ser prestados em internamento, ambulatório ou ao domicílio, podendo englobar várias situações, idades ou doenças.

Desde a criação da RNCCI foram estruturados dois tipos de serviços de atendimento em CP, através de equipas multidisciplinares. Assim sendo, estes cuidados podem ser prestados em UCPs, com internamento próprio ou por Equipas de Suporte de CP, que são equipas móveis que acompanham, de forma estruturada e diferenciada, os pacientes internados ou em domicílio que precisem de CP. Neste contexto, as respostas de CP em Portugal pode verificar-se nas seguintes modalidades: Equipa Comunitária de Suporte em CP (ECSCP); Equipa Intra-hospitalar de Suporte em CP (EIHSCP); e UCP.

A primeira equipa é autónoma e surge consoante as necessidades e densidade populacional. É exercida por profissionais com formação em CP integrados nas equipas de cuidados continuados integrados.

As UCPs encontram-se em hospitais oncológicos, gerais e universitários, que podem ou não integrar a RNCCI, e em hospitais com UCP, que pertencem à RNCCI. Estas unidades apresentam estruturas e recursos adequados ao seu funcionamento, dependendo do nível de diferenciação e do movimento assistencial. “Cada UCP deverá ter em conta, desde o seu início: a sua adequação às necessidades; a sua efetividade e eficiência; a garantia da equidade e acessibilidade; as estruturas e os recursos mínimos de funcionamento; a formação da equipa técnica; os critérios de boa prática; os resultados a atingir e atingidos; a satisfação de doentes, familiares e profissionais; os mecanismos de avaliação interna; os princípios de gestão organizacional e financeira” (Cardoso et al., 2010, p. 37).

De acordo com os Cuidados Continuados, Saúde e Apoio Social (2012), existem 15 Unidades de Internamento de CP. São estas, as seguintes: Centro Hospitalar Nordeste – Hospital Macedo Cavaleiros (em Macedo de Cavaleiros), UCP O Poverello (em Braga), Instituto Português de Oncologia do Porto, EPE (no Porto), Mutivaze - Empreendimentos Imobiliários, Lda., Unidade Convalescença Wecare (na Póvoa de Varzim), Hospital Cândido de Figueiredo (em Tondela), Hospital de Nossa Senhora da Assunção (em Seia), Hospital Arcebispo João Crisóstomo (em Cantanhede), AMETIC Lda. (na Lourinhã), Hospital Residencial do Mar (em Bobadela), Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (em Belas), L. Nostrum (em Mafra), Unidade Local de Saúde Norte Alentejo – Hospital Distrital José Maria Grande (em Portalegre), Centro Hospitalar Baixo Alentejo, EPE – Hospital de São Paulo (em Serpa), Unidade Local de Saúde Baixo Alentejo (em Serpa) e Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (em Portimão).

Tendo em consideração os tipos de cuidados existentes, Rodrigues (2009) refere algumas vantagens e desvantagens dos atendimentos em CP a nível hospitalar e domiciliário. Pode dizer-se, então, que o cuidado hospitalar tem as seguintes vantagens: atendimento profissional disponível 24 horas por dia, medicamentos adequados ao problema sempre disponível, logística adequada ao ambiente. Também Neto (2010) sugere que este é o serviço mais indicado quando há intercorrências. No entanto, este tipo de serviço apresenta desvantagens como: horários de visitas limitados, número de acompanhantes restrito, internamento em conjunto com pessoas com outros diagnósticos (no caso de hospital geral), aspeto de hospital de moribundos quando tem internamentos exclusivos de CP, internamento em conjunto com pacientes noutras etapas da doença e tempo disponível do profissional por paciente diminuído. Por outro lado, o modelo de assistência ao domicílio atende às necessidades específicas de cada paciente, promove mais conforto e sensação de proteção e permite uma disponibilidade dos cuidadores inteiramente direcionada para o paciente (Rodrigues, 2009). Posto isto, Doyle (2004), citado por Neto (2010), salienta que grande parte dos pacientes em fase terminal prefere falecer no domicílio. Contudo, depende da forma de estruturação do serviço, pelo que a disponibilidade de medicação pode não ser imediata, a distância entre residência do paciente e dos cuidados de saúde pode ser significativa e a dificuldade de obtenção da declaração de óbito para pacientes que optam por morrer em casa, podem ser algumas das desvantagens (Rodrigues, 2009).

1.4. População Alvo e Critérios de Referenciação

Quando o conceito de CP surgiu, apenas os pacientes com cancro nos estádios terminais da doença usufruíam dos mesmos. No entanto, com o desenvolvimento da palição, a prestação destes cuidados alargou-se a outras situações, nomeadamente, insuficiências avançadas de órgão, SIDA em estágio terminal, doenças neurológicas degenerativas, demências na sua fase final, entre outros. Atualmente considera-se que “todas as pessoas com doenças crónicas sem resposta à terapêutica de intuito curativo e com prognóstico de vida limitado são candidatas a CP” (Cardoso et al., 2010, p. 10).

Por outro lado, Arantes (2009) afirma que este é um dos critérios mais debatidos e baseia-se no modelo do Medicare americano. Para tal, a indicação de CP obedece aos

seguintes critérios: expectativa de vida do paciente esperada menor ou igual a seis meses, abandono de tratamentos de prolongamento da vida e usufruto dos tratamentos de CP, e beneficiar do Medicare.

É neste sentido que os pacientes vítimas de cancro são frequentes nestas unidades, uma vez que a sua esperança média de vida é mais facilmente calculada do que a de uma doença neurológica, cuja evolução é bastante mais lenta e imprevisível (Neto, 2010). O critério do prognóstico do tempo de vida é bastante frágil, dado que pode desencadear a “morte social” antes da “morte física,” isto é, estabelecendo uma expectativa de vida pequena pode levar a subestimar as necessidades do paciente e sua família e negligenciar a possibilidade de conforto real dentro da avaliação. Para realizar este prognóstico é necessário ter em atenção a capacidade funcional e a capacidade para as atividades de vida diária (AVDs). No entanto, mais uma vez, é necessário ter em consideração alguns aspetos, nomeadamente na ligação que existe entre a capacidade funcional e o sofrimento intenso do paciente. Este último pode levar a uma limitação da funcionalidade, apesar do individuo ser capaz de realizar as AVDs. Se estes aspetos não forem considerados, a avaliação pode ser demasiado otimista ou subestimarem o tempo de sobrevida (Arantes, 2009).

Cardoso et al. (2010) acrescenta, ainda, que os principais destinatários destes cuidados são doentes que têm um prognóstico de vida limitado, com sofrimento intenso e com problemas e necessidades de difícil resolução que exigem apoio específico, organizado e interdisciplinar. Este apoio destina-se ao doente, mas também à sua família. Por seu turno, Davies-OMS (2004), citado por Neto (2010), sugere que são indicados para estes cuidados pacientes com doenças crónicas, com prognóstico de vida limitado, que já não respondem à terapêutica curativa. De acordo com a nova Lei de Bases dos CP (Lei n.º 52/2012), a admissão na RNCP é baseada em critérios clínicos, decididos pela unidades ou equipas de CP, tendo em atenção os critérios de complexidade, gravidade e prioridade clínica. Esta admissão deve ser solicitada pelos próprios serviços da RNCP, pelo médico de família, por outro médico que referencia o doente, necessitado de CP, pelas unidades de cuidados de saúde primários ou da RNCCI, pelos serviços hospitalares ou pelo doente e sua família.

Apesar dos CP não serem indicados de acordo com o diagnóstico clínico, mas sim de acordo com as necessidades de cada pessoa, há alguns diagnósticos mais frequentes de encontrar nestas unidades (Cardoso et al., 2010). Então, por questões éticas e pelo

princípio da justiça, há vários diagnósticos que devem ser considerados para indicação de CP (Neto, 2010): insuficiência avançada de órgãos rapidamente progressiva (cardíaca, renal, hepática, respiratória), SIDA em fase terminal, doenças neurodegenerativas (Cardoso et al., 2010; Gomes & Higginson, 2008, citados por Carneiro et al., 2011; Neto, 2010), demências em fase muito avançada, fibrose quística (Neto, 2010), doenças cardiovasculares (Cardoso et al., 2010; Gomes & Higginson, 2008, citados por Carneiro et al., 2011), doenças oncológicas (Cardoso et al., 2010), entre outros. De entre as doenças oncológicas, pode destacar-se a indicação do cancro de cabeça e pescoço em estado avançado, que apresentam um impacto negativo da doença ao nível da localização do tumor na via aérea, do trato gastrointestinal superior, pelo que experimentam com frequência dor, perda de peso, alterações da alimentação, disfagia, xerostomia, entre outros sintomas (Forbes, 1997). Pelo facto de apresentarem com frequência disfagia, este é o cancro mais importante a ser estudado no presente trabalho. A Lei n.º 52/2012 e Roe (2004) contemplam, ainda, a exaustão dos cuidados informais como um critério de internamento. Apesar da gravidade do estado clínico destes pacientes, os mesmos podem ter alta. Esta justifica-se quando promove o aumento dos objetivos propostos por CP, recorrendo ao serviço de equipas mais adequadas às suas necessidades e consequentemente regresso ao domicílio. Naturalmente, esta alta é preparada e comunicada atempadamente e de forma adequada e humanizada, garantindo todo o apoio necessário ao paciente e família (Lei n.º 52/2012).

1.5. Equipa Multidisciplinar

Uma equipa surge quando há necessidade de realizar uma atividade coordenada que não pode ser desempenhada por apenas um homem. Posto isto, reúne-se um conjunto de profissionais, que constituem uma equipa (Bernardo, Rosado, & Salazar, 2010).

“A criação de uma unidade/equipa de CP pressupõe a constituição de um conjunto de profissionais devidamente treinados, considerando qual o perfil de doentes a atender (fases da doença, patologias, níveis de complexidade) bem como o tipo e valências da

estrutura a desenvolver (tipologia de unidades de internamento, de suporte e de apoio domiciliário)” (Cardoso et al., 2010, pp. 18-19).

Maciel (2009) afirma que, independentemente do modelo de prestação de serviços, em CP, a atuação tem que ser sempre multiprofissional com uma equipa multidisciplinar. Por outro lado, Clark e Seymour (1999), citados por Magalhães (2009), sugerem que o modelo de trabalho de equipa adotado seja o modelo transdisciplinar e acrescentam, também, que se deve tratar de uma equipa com cuidados totais e confiança, baixando as barreiras interdisciplinares. Assim, considera-se que cuidados totais são o alívio multidisciplinar do sofrimento dos doentes e familiares, e a confiança relativa aos relacionamentos entre as pessoas cuidadas e os cuidadores. Bernardo et al. (2010) confirmam que esta equipa transdisciplinar discute e segue um caminho comum para abordagem dos problemas, cujo objetivo final é promover o bem-estar do global do paciente e familiares. Acrescenta, ainda, que nesta equipa está incluído o paciente e respetiva família e/ou cuidadores, os prestadores de cuidados e os serviços sociais, entre outros. (Twycross, 2003) sugere que a equipa de CP deve ser constituída por médico(s), enfermeiros, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, outros terapeutas especializados, assistente social, capelão/padre/rabi, outros especialistas e voluntários. Estes constituem um elo importante com a comunidade. É, também, necessário uma coordenação das funções da equipa, bem como, para gerir os conflitos que possam existir entre os seus elementos. De acordo com o Programa Nacional de CP, para constituir uma UCP, deve existir, pelo menos, médicos de assistência diária, enfermeiros em permanência de 24 horas, auxiliares da ação médica, psicólogo clínico que suporte os doentes e famílias, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, técnico de serviço social, apoio espiritual estruturado, secretariado e coordenação técnica (Cardoso et al., 2010). Este tipo de equipa local (a UCP) é específica para o tratamento de pacientes que precisam de CP diferenciados e multidisciplinares, tal como em situação clínica aguda complexa, que, geralmente, constituem unidades de internamento hospitalar ou noutra instituição de saúde com serviço de internamento. Assim sendo, estas unidades assentam em valências assistenciais, de internamento, apoio intra-hospitalar, centro de dia, apoio domiciliário e consulta externa (Lei n.º 52/2012).

Os prestadores de cuidados de saúde nestas unidades devem ser diferenciados e, como tal, ter formação adequada, obrigatoriamente intermédia ou avançada a nível teórico e estágio, ao nível dos CP. Cardoso et al. (2010) recomenda que, pelo menos,

60% dos profissionais tenham formação básica. Deve, também, ser considerado o número de profissionais, que se deve adequar às características, dimensão e nível de diferenciação de cada unidade. De acordo com este plano e com a Lei n.º 52/2012 podemos ter mais dois tipos de equipas locais integradas na RNCP, para além das referidas UCP: equipas intra-hospitalares de suporte e equipas comunitárias de suporte.

As equipas intra-hospitalares de suporte são móveis e centradas em instituições hospitalares, sem internamento próprio, usando o espaço físico adequado apenas para a coordenação e estruturação da sua atividade, funcionando de acordo com os princípios e normas do programa. A intervenção desta equipa consiste, essencialmente, no aconselhamento e consultadoria técnica aos doentes e seus familiares, mas pode também ser necessário prestar cuidados diretos, sendo coordenada por outros técnicos responsáveis pelos doentes (Cardoso et al., 2010; Lei n.º 52/2012). Ajudam, ainda, na execução do plano individual dos cuidados dos pacientes internados em situação indicada para CP. Estas prestações de cuidados ocorrem em vários serviços clínicos hospitalares, tais como internamento e consultas externas. Portanto, estas equipas podem ser provenientes da UCP da própria instituição, se existir, ou funcionar de forma autónoma, quando não existe internamento (Lei n.º 52/2012). No mínimo, esta equipa tem que ser constituída por um médico e um enfermeiro, com formação diferenciada em CP, psiquiatra/psicólogo, fisiatra/fisioterapeuta, apoio espiritual, apoio social e secretariado próprio.

Por último, as equipas comunitárias de suporte centram-se mais em centros de saúde e outros serviços de saúde não hospitalares, sendo também elas móveis, sem lugar para internamento, mas com infraestruturas adequadas à coordenação e estruturação da atividade, tendo por base um programa funcional estruturado, adequado às normas do programa (Cardoso et al., 2010). Os cuidados podem ser prestados nos domicílios ou em unidades de cuidados de saúde primários, tais como as unidades de cuidados na comunidade (como já referidos) e unidades e equipas da RNCCI. Esta unidade pode mesmo estar integrada nestes dois últimos tipos de unidades, desde que haja pacientes com necessidades (Lei n.º 52/2012). Estas equipas multiprofissionais são constituídas, pelo menos, pelos mesmos membros da equipa anterior (Cardoso et al., 2010). A equipa comunitária é, ainda, responsável pela formação das equipas de saúde familiar e outros profissionais que prestam cuidados continuados domiciliários, no âmbito dos CP.

Estes três tipos de equipas locais devem ser coordenados entre si e com a coordenação regional. Até há pouco tempo estas estavam integradas na RNCCI, pelo que estão ainda em fase de adaptação à nova Lei de Bases. A sua intervenção é baseada no plano individual de CP (Lei n.º 52/2012).

De acordo com Gonçalves (2009), a equipa multidisciplinar permite avaliar o doente na sua globalidade e resolver melhor os problemas apresentados por este. O autor sugere a existência de médicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, psicólogos/psiquiatras, voluntários, religiosos e outros, atuando de acordo com os princípios dos CP. Na opinião do autor, os médicos têm uma ação fundamental no alívio do sofrimento desnecessário que os pacientes apresentam.

Por outro lado, Pinto (2009a) e Dahlin, Cohen e Goldsmith (2010) acrescentam a importância da existência de um terapeuta da fala na equipa. Os autores salientam que este profissional pode melhorar a qualidade de vida destes pacientes e familiares, na medida em que avalia e intervém ao nível da via de alimentação mais segura, evitando problemas pulmonares decorrentes de aspiração de alimento e na linguagem, nomeadamente, na compreensão e expressão do paciente. O objetivo do terapeuta da fala em doentes integrados nos CP é, essencialmente, aliviar os sintomas, aumentar o conforto e a qualidade de vida, diminuir o sofrimento, proporcionar satisfação, prazer e segurança ao paciente e família, aumentar a funcionalidade da comunicação, diminuindo as frustrações do paciente e dos seus familiares. O terapeuta da fala deve também esclarecer a o paciente e a família das implicações e consequências da disfagia (Dahlin et al., 2010). Então, Eckman e Roe (2005) corroboram, afirmando que a intervenção do terapeuta da fala é importante ao nível da comunicação e deglutição. No entanto, os objetivos que consideram mais importantes na intervenção deste profissional é a manutenção máxima da funcionalidade e independência dos pacientes, retirando alguma sobrecarga aos cuidadores. Os objetivos do tratamento devem ser sempre estabelecidos de forma individualizada, pois em alguns casos a intervenção promove a melhoria da função da deglutição, mas noutros visa otimizar as funções ainda existentes (Dahlin et al., 2010). Roe (2004) salienta que a presença do terapeuta da fala nos CP no Reino Unido é recente, mas já reconhecido como essencial. Muitas vezes, a intervenção do terapeuta da fala nos CP é indicada numa fase tardia, o que impossibilita o benefício desta intervenção.

Para Bernardo et al. (2010) a eficácia de uma equipa deve-se à dinâmica de partilha e integração de conhecimentos entre os vários profissionais, atendendo aos princípios orientadores dos CP. É necessário atender à eficácia na gestão de conflitos e coesão do grupo. Como tal, os mesmos autores salientam a importância de alguns princípios básicos a considerar numa equipa: atribuição clara de papéis; criação de ambiente informal e relaxado, propício à partilha de conhecimentos e dificuldades; estabelecimento de uma liderança; uso de uma linguagem comum; incentivo à iniciativa e tomada de decisões; e promoção da motivação e reconhecimento de êxitos individuais e coletivos. Christakis (2004), citado por Neto (2010), salienta a importância de incluir a família no plano de cuidados estabelecido, de forma a identificar possíveis problemas que podem ser resolvidos pela restante equipa.

1.6. Ética em Cuidados Paliativos

Ao elaborar um trabalho de investigação é inevitável esclarecer alguns princípios éticos que devem ser considerados. Após a prática indevida de experiências em seres humanos, a comunidade humana sentiu-se obrigada a regulamentar esta prática. Foi no julgamento de Nuremberga que esta preocupação com os direitos humanos começou a ser pensada (Archer, 1996). Face a este julgamento criou-se o código de Nuremberga, em 1947, que contempla o respeito pela dignidade humana, constituindo uma “armadura jurídica” no processo de experiências médicas. Neste seguimento, surgiu a Declaração de Helsínquia, em 1964, que serviu de base para muitas declarações, códigos, linhas orientadoras e normas legais, para regular a prática de experimentação humana (Osswald, 1998).

A prática em saúde é baseada em quatro princípios éticos fundamentais, expostos por Beauchamp e Childress (1994)², na sua teoria do principialismo: beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça.

Os princípios da beneficência e da não-maleficência consistem no respeito pela vontade do paciente, perspetivando sempre o seu melhor interesse, sem o prejudicar (Antunes, 1998). A medicina baseou o seu exercício nestes princípios por muito tempo.

² citado por cap1-neto

O princípio da autonomia permite ao paciente recusar ou decidir continuar os tratamentos, que podem ser desproporcionados ou inúteis (Antunes, 1998; Neto, 2010). Então, os profissionais de saúde têm que respeitar a vontade do paciente. Este é o princípio que está na base do consentimento informado (Neto, 2010).

O princípio da justiça está relacionado com a utilização dos recursos de saúde (Neto, 2010). A distribuição dos recursos tem que ser equitativa (Antunes, 1998).

Mais tarde, Kemp e Rendtorff (1998), citados por Antunes (1998), consagraram o princípio da vulnerabilidade. Este baseia-se na constatação de que algumas pessoas, como os doentes mentais, em coma ou crianças, estão especialmente frágeis do ponto de vista físico e psicológico. Deste modo, colocam-se alguns limites no exercício da autonomia, privilegiando a beneficência na atuação clínica (Antunes, 1998).

Taboada (2000), citado por Pessini (2006), por sua vez, sugere cinco referenciais éticos essenciais na prática dos CP: referencial da verdade (o paciente tem o direito de saber toda a verdade sobre o seu estado de saúde, através de uma comunicação prudente e em condições adequadas, privilegiando os princípios da beneficência e da autonomia), referencial da proporcionalidade terapêutica (ao recorrer a uma medida terapêutica deve considerar-se os riscos e benefícios dos mesmos de modo a recorrer apenas a intervenções adequadas a cada caso clínico, promovendo a qualidade de vida), referencial do duplo efeito (a utilização de medidas terapêuticas com efeitos colaterais mortais devem ser ponderadas de forma proporcional aos sintomas do paciente), referencial de prevenção (o médico tem a responsabilidade de prever as possíveis complicações e/ou sintomas de determinada condição clínica, tentando minimizá-las), e referencial do não abandono (o clínico não pode abandonar o paciente, mesmo que este tenha recusado algumas medidas terapêuticas em desacordo com o médico).

A própria lei que regula estes cuidados estabelece os direitos que estes pacientes e familiares têm, bem como os seus deveres. Assim sendo, “o doente tem direito a: (a) receber CP adequados à complexidade da situação e às necessidades da pessoa, incluindo a prevenção e o alívio da dor e de outros sintomas; (b) escolher o local de prestação de CP e os profissionais, exceto em casos urgentes, nos termos dos princípios gerais da Lei de Bases da Saúde; (c) fazer-se acompanhar, nos termos da lei; (d) ser informado sobre o seu estado clínico, se for essa a sua vontade; (e) participar nas decisões sobre CP que lhe são prestados, nomeadamente para efeitos de determinação

de condições, limites ou interrupção dos tratamentos; (f) ver garantidas a sua privacidade e a confidencialidade dos dados pessoais; (g) receber informação objetiva e rigorosa sobre condições. Nenhum cidadão pode ser prejudicado ou discriminado em função da sua situação económica, área de residência ou patologia. [...] Os menores e maiores sem capacidade de decisão não podem tomar, sozinhos, decisões relativas aos CP. As crianças, os adolescentes e as pessoas incapacitadas sob tutela têm o direito de expressar a sua vontade e essa vontade deve ser considerada pelo médico de internamento.” Os familiares ou representantes legais dos pacientes têm direito a receber apoio de acordo com as suas necessidades, incluindo no luto, a participar na escolha do local de prestação de cuidados, bem como dos profissionais envolvidos, exceto em casos urgentes, em ter acesso à informação do estado clínico e das condições de internamento do paciente, se este assim o entender, fazer parte das decisões dos cuidados prestados. No que se refere aos deveres, tanto o paciente como o representante legal têm o dever de: “(a) fornecer aos profissionais de saúde todas as informações necessárias para obtenção de diagnóstico correto e tratamento adequado; (b) respeitar os direitos dos outros doentes; (c) colaborar com os profissionais de saúde, respeitando as indicações que lhe são dadas e livremente aceites; (d) respeitar as regras de funcionamento dos serviços de saúde com vista à garantia do bem comum; (e) utilizar os serviços de saúde de forma apropriada e colaborar ativamente na redução de gastos desnecessários” (Lei n.º 52/2012, p. 5120).

2. DISFAGIA OROFARÍNGEA

No âmbito destas patologias é comum a ocorrência de disfagia orofaríngea, doravante denominada apenas por disfagia, devido ao quadro clínico da doença ou, por vezes, devido ao próprio tratamento (Kang, Kim, Seo, & Seo, 2011; Peponi, Glanzmann, Willi, Huber, & Studer, 2011). A disfagia caracteriza-se por uma alteração do processo de deglutição, na fase oral e/ou faríngea. Esta alteração causa ao doente desconforto e pode ser a causa de problemas mais graves como pneumonia, desnutrição e desidratação, comprometendo a qualidade de vida do paciente (Santoro et al., 2011).

Apesar de estar provado que as patologias acima referidas têm como uma das suas manifestações a disfagia (Kang et al., 2011), após pesquisa bibliográfica foram encontrados poucos estudos que relacionem a disfagia orofaríngea com os CP. Neste sentido, parece importante verificar se, de facto, é uma realidade a existência de disfagia no contexto dos CP.

2.1. Definição de Deglutição e Disfagia

Entende-se por deglutição o processo de transporte de alimentos sólidos ou líquidos desde a cavidade oral e faringe até ao estômago. Este processo deve ocorrer de forma rápida e coordenada, envolvendo uma ação sensoriomotora complexa dependente da integridade dos mecano e quimiorrecetores (Camargo, Ono, Park, Caruso, & Carvalho, 2010). Ebihara, et al. (2011) consideram que a deglutição é iniciada antes do alimento entrar na cavidade oral e é constituído por três fases: fase oral (propulsão da língua, ejetando o bolo alimentar até desencadear o reflexo de deglutição); fase faríngea (deglutição reflexa que compreende o percurso do bolo pela faringe); e, fase esofágica (quando se dá o peristaltismo esofágico, que encaminha o bolo pelo esófago até ao estômago). Marchesan (2004) refere-se, igualmente, à deglutição como um processo contínuo dividido nestas três fases. Porém, a autora refere que alguns autores sugerem uma quarta fase que seria a preparatória oral, precedendo todas as outras.

Leonard R. e Kendall K. (2007), citados por Ghidini, Trebbi, Piccinini, e Presutti (2010), salientam o facto de a deglutição resultar da coordenação precisa de várias

estruturas da cabeça e pescoço, tal como a contração muscular, através de um mecanismo semiautomático, para além de obedecer a um controlo cortical. No que respeita às estruturas, Marchesan (2004) enumera a envolvimento de estruturas duras e moles, entre as quais, o osso hióide, mandíbula e vértebras cervicais, os músculos constritores da faringe, palato mole, língua, epiglote, esófago, cartilagens cricóide e tiróide e os músculos do pescoço. Também Ebihara, Ebihara, Yamasaki, e Kohzuki (2011b) descreve a deglutição como um acontecimento complexo que envolve uma componente sensório-motora nos pontos cruciais para completar a deglutição, desde o momento em que o *bolus* entra na cavidade oral. Dos nervos encefálicos envolvidos neste processo podem encontrar-se o trigémeo (V), o facial (VII), o glossofaríngeo (IX), o vago (X), o hipoglosso (XII), o plexo cervical (1-3) e o acessório (XI) (Marchesan, 2004).

Quando há uma alteração motora ou sensorial na cavidade oral, faringe ou laringe, pode desencadear um distúrbio da deglutição, denominada disfagia (Ghidini et al., 2010). Santoro et al. (2011) afirma que esta surge na sequência do comprometimento de qualquer uma das fases da deglutição. Neste sentido, uma cirurgia nesta região pode desencadear esta patologia, em diferentes graus de gravidade (Ghidini et al., 2010). Para Eisenstadt (2010) e Prasse e Kikano (2004), citados por Yamadura et al. (2010), a disfagia caracteriza-se pela dificuldade em iniciar a deglutição e/ou em movimentar o bolo alimentar pelo percurso digestivo (da cavidade oral ao esófago). A deglutição normal pode estar comprometida pela alteração de algum dos eventos sensoriomotores envolvidos, levando à disfagia que, consequentemente, desencadeia, com frequência, a aspiração de conteúdo alimentar pela traqueia (Mier, et al., 1993, citado por Ebihara, et al., 2011a; Mu e Sanders, 2000, citados por Ebihara, et al., 2011b).

De acordo com Gallagher (2011) as disfagias podem ser classificadas de três formas. As duas primeiras estão relacionadas com as denominações das fases da deglutição. Assim sendo, pode classificar-se a disfagia como disfagia orofaríngea, disfagia esofágica e “aspiração silenciosa.”

A disfagia orofaríngea, geralmente denominada apenas por disfagia, relaciona-se com a dificuldade na organização, deglutição e movimentação do bolo alimentar da cavidade oral para a faringe. Este tipo de disfagia é mais comum em pacientes com Alzheimer (que demonstram dificuldades em reconhecer o alimento na cavidade oral),

demências vasculares (que apresentam dificuldades na mastigação e na coordenação da deglutição, devido aos enfartes múltiplos nos tratos corticobulbares).

A disfagia esofágica caracteriza-se pela dificuldade em movimentar o bolo pelo esôfago, levando a espasmos esofágicos e regurgitação. Esta patologia ocorre em indivíduos com refluxo gastroesofágico, diabetes, idade avançada ou varizes esofágicas.

A “aspiração silenciosa” acontece quando há aspiração de conteúdo alimentar para os pulmões, sem que haja sinais de aspiração como tosse ou aparentes dificuldades de deglutição. Esta acontece essencialmente em indivíduos com fraqueza muscular no trato digestivo ou com AVC em fase aguda.

Por outro lado, Silva (1997), citada por Silva et al. (2010), e Santoro et al. (2011) classificam a disfagia de acordo com o grau de severidade: leve, moderada e grave. A disfagia leve caracteriza-se por “alteração do esfíncter labial, incoordenação da língua, atraso para desencadear o reflexo de deglutição, ausência de tosse, sem redução acentuada da elevação da laringe, sem alteração da qualidade vocal após a deglutição e auscultação cervical sem alteração” (Silva 1997, citada por Silva et al., 2010, p. 77). Santoro et al. (2011) acrescentam que, face aos resultados da videoendoscopia da deglutição (VED), este grau de disfagia acontece quando há ligeira estase pós-deglutição com menos de três tentativas de propulsão para limpeza do *bolus*, ausência de regurgitação nasal e penetração laríngea. A disfagia moderada, para Silva (1997), citada por Silva et al. (2010), para além das quatro primeiras características do grau anterior, apresenta tosse antes, durante ou após a deglutição. Para Santoro et al. (2011) este grau reflete-se uma estase de saliva moderada, maior estase pós-deglutição do que na fase anterior, com mais de três tentativas de propulsão do *bolus*, regurgitação nasal, diminuição da sensibilidade laríngea com penetração no vestíbulo, mas sem aspiração laringotraqueal. O grau mais grave constitui-se por atraso ou ausência do reflexo de deglutição, redução na elevação laríngea, ausência de tosse ou presença antes, durante ou após a deglutição, alteração da qualidade vocal pós-deglutição, deglutição incompleta e auscultação cervical alterada com alteração respiratória evidente (Silva 1997, citada por Silva et al., 2010). Santoro et al. (2011) salientam a grande estase salivar, com elevado número de resíduos pós-deglutição, sem propulsão ou com propulsão fraca, com regurgitação nasal e aspiração traqueal.

2.2. *Anatomofisiologia da Deglutição*

A deglutição é a função do aparelho digestivo que movimento os alimentos ou líquidos (*bolus*) da cavidade oral para o esófago. Para tal, é necessário que ocorra peristaltismo (para promover a progressão do *bolus* pelo tubo digestivo), provocado por contrações musculares (Seeley, Stephens, & Tate, 1997). Como já tinha sido dito no capítulo anterior, a deglutição depende de um mecanismo sensório-motor complexo, regulado pelo sistema nervoso central (SNC), desde o córtex até ao bulbo, incluindo uma componente voluntária e involuntária (Martin, Goodyear, Gati, & Menon, 2001). Santamato et al. (2009) concordam que a deglutição se inicia no córtex e é controlado pelo centro de deglutição do tronco cerebral (Santamato et al., 2009). Neste sentido, faz uso, essencialmente, de cinco pares cranianos: nervo trigémeo (V par craniano), nervo facial (VII par craniano), nervo glossofaríngeo (IX par craniano), nervo vago (X par craniano), nervo acessório (XI par craniano) e nervo hipoglosso (XII par craniano) (Marchesan, 2004). Esta função exige uma boa coordenação, uma vez que as estruturas que utiliza são comuns ao aparelho respiratório (Santamato et al., 2009). Logemann (2007) postula que para que este mecanismo ocorra é necessário que haja, para além do controlo neuromuscular, um controlo de pressões que variam à medida que o processo vai acontecendo. Entre as estruturas envolvidas na deglutição podemos encontrar a cavidade oral, a faringe, a laringe e o esófago.

A cavidade oral é “delimitada anteriormente pelos lábios, posteriormente pela fauce (garganta, espaço entre a cavidade oral e a faringe), lateralmente pela região malar, superiormente pelo palato e inferiormente por uma superfície muscular” (Seeley et al., 1997, p. 83). Standring (2006) concorda e especifica que a delimitação posterior são os pilares anteriores das amígdalas, após estes inicia a orofaringe. Nesta cavidade distinguem-se duas regiões: o vestíbulo oral (espaço entre os lábios e região malar e os alvéolos que contêm os dentes) e a cavidade oral propriamente dita (localizada entre os alvéolos dentários) (Seeley et al., 1997). Especificando os constituintes da cavidade oral, o mesmo autor afirma que os lábios são pregas musculares revestidas por mucosa (internamente) e epitélio de descamação estratificado (externamente). Os lábios são constituídos por dois feixes paralelos de fibras de músculo esquelético. O epitélio deste é semitransparente, o que confere a cor avermelhada aos lábios, devido à cor dos vasos sanguíneos adjacentes (Seeley et al., 1997; Standring, 2006). A posição e atividade dos

lábios são importantes para definir a inclinação dos dentes incisivos, uma vez que, quando incompetentes, promovem uma inclinação anterior destes dentes e até uma localização do lábio inferior entre as arcadas dentárias. O movimento dos lábios é realizado com muitos músculos da expressão facial (Seeley et al., 1997), sendo o orbicular dos lábios o principal músculo que o compõe (Standring, 2006). A enervação é, no lábio superior, da responsabilidade do ramo labial superior do nervo infraorbitário e, no lábio inferior, do ramo mentoniano da divisão mandibular do trigêmeo (Standring, 2006). Relativamente à região malar, Seeley et al. (1997) refere que é constituída pelo músculo bucinador, que ajuda a mantê-la contra os dentes, e pela almofada adiposa. A função dos lábios e da região malar na mastigação é de manipular e manter os alimentos na posição certa, enquanto os dentes os esmagam e desfazem.

Após estas duas estruturas está o vestíbulo oral que, quando as arcadas dentárias estão ocluídas, apenas comunica com a cavidade oral propriamente dita através do espaço existente posteriormente ao último molar. De seguida, a delimitar a cavidade oral propriamente dita, estão as duas arcadas dentárias, que num adulto normal devem conter 32 dentes, 16 na arcada superior ou maxilar e 16 na inferior ou mandibular, que contactam entre si através das cúspides dos dentes. A sua distribuição é simétrica e, assim, dividida em quatro quadrantes: superior direito, superior esquerdo, inferior direito e inferior esquerdo. Em cada um existem dois dentes incisivos, um canino, dois pré-molares e três molares (Seeley et al., 1997; Standring, 2006). Os dentes têm como papel principal a mastigação (Seeley et al., 1997).

Dentro da cavidade oral propriamente dita, o espaço é maioritariamente ocupado pela língua, cuja base está ligada pelos seus músculos ao osso hióide, mandíbula, processo estilóide, palato mole e parede faríngea e a parte anterior está relativamente livre, estando presa por um freio (Seeley et al., 1997). Marchesan (2004) afirma, ainda, que o corpo do osso hióide está inserido na base da língua. Este órgão muscular tem uma parte oral e uma parte faríngea (Standring, 2006). A primeira localiza-se no soalho da cavidade oral e o seu ápex está encostado à papila incisiva (posterior aos incisivos superiores). É dividida em duas partes pelo sulco terminal. A parte anterior ao sulco é constituída por cerca de dois terços da superfície lingual, coberta por papilas, algumas das quais com terminais gustativos. O terço posterior é constituído por terminais gustativos, algumas pequenas glândulas e uma grande quantidade de tecido linfóide, que compõe a amígdala lingual (Seeley et al., 1997). Standring (2006) refere, ainda, que a

língua apresenta um sulco medial longitudinal na sua mucosa dorsal, que é coberta pelas papilas filiformes, fungiformes e circunvaladas.

Já a parte faríngea da língua localiza-se posteriormente ao arco palatoglosso (ou pilar anterior), delimitando anteriormente a faringe. Na face lateral encontram-se as amígdalas palatinas e na face posterior a epiglote com as duas pregas glossoepiglóticas laterais e a medial que contornam duas depressões denominadas valéculas (Standring, 2006).

Os músculos da língua podem ser divididos em intrínsecos e extrínsecos. Os primeiros estão contidos na língua e são responsáveis pela mudança da forma deste órgão, rebaixando-a e elevando-a durante a deglutição (Seeley et al., 1997). São eles o músculo longitudinal superior, inferior, transverso e vertical e são enervados pelo nervo hipoglosso (Seeley et al., 1997; Standring, 2006). Os músculos extrínsecos são externos à língua e ajudam na movimentação lateral, ântero-posterior, retração e também modificam a sua forma (Seeley et al., 1997). Dentro desta categoria encontram-se os músculos genioglosso (que baixa e protrui a língua), hioglosso (que retrai e baixa o bordo lateral da língua), o estiloglosso (que retrai a língua) e o palatoglosso (que eleva a parte posterior da língua). Todos os músculos são enervados pelo nervo hipoglosso, exceto o palatoglosso que é enervado pelo plexo faríngeo (Seeley et al., 1997), que Standring (2006) descreve como sendo a parte craniana do nervo acessório. Standring (2006) concorda com Seeley nos músculos da língua, porém refere-se ao hioglosso como apenas abaixador e ao estiloglosso como retrator mas também elevador. Externamente, a língua reveste-se de epitélio de descamação estratificado húmido (Seeley et al., 1997).

Relativamente à função da língua para a deglutição o mesmo autor sugere que este órgão movimenta os alimentos dentro da cavidade oral, mantendo-os na posição correta durante a mastigação, em conjunto com os lábios e as gengivas, permitindo, também, a sensação de paladar. No momento da deglutição a língua empurra o *bolus* contra o palato duro, propulsionando-o para a parede posterior da boca e para a orofaringe. Constitui, assim, um elemento fundamental para a fase oral da deglutição.

Imediatamente acima da língua encontra-se o palato, que tem uma parte óssea, anterior, que se denomina palato duro e uma parte posterior não óssea, denominada palato mole ou véu palatino (Seeley et al., 1997). O palato duro é formado pelos

processos palatinos da maxila e por placas horizontais dos ossos palatinos (Standring, 2006) e o seu revestimento é de uma mucosa espessa, que, por sua vez, é revestida de epitélio escamoso estratificado queratinizado. Esta parte do palato é enervada pelos ramos palatino e nasopalatino do nervo maxilar. Já o palato mole é uma prega de mucosa espessa (Standring, 2006), constituída por músculo esquelético e por tecido conjuntivo. No seu bordo posterior apresenta uma projeção, constituindo a úvula (Seeley et al., 1997), que dá continuidade à base da cavidade nasal. O palato mole é encerrado por uma aponevrose, e constituído por tecido muscular, vasos, nervos, tecidos linfóides e glândulas mucosas e constitui a fronteira entre a cavidade oral e a faringe. Associado ao palato mole estão as aponevroses palatinas e os pilares das amígdalas. Os primeiros fortalecem o palato mole e localizam-se imediatamente após o palato duro. Os pilares constituem a parede lateral da orofaringe e caracterizam-se por pregas proeminentes anteriores (arco palatoglosso, que, como o nome indica, liga o palato à língua) e posteriores (arco palatofaríngeo, ou pilar posterior, que liga o palato à faringe). O palato mole é enervado, essencialmente, pelo nervo palatino menor, mas também tem uma contribuição do nervo petroso maior e do nervo glossofaríngeo. Entre os dois arcos encontram-se as amígdalas palatinas (Standring, 2006). A função do palato na deglutição é impedir que o *bolus* penetre na cavidade nasal (Seeley et al., 1997).

Ainda na cavidade oral existem as glândulas salivares que estão divididas em três grandes pares de glândulas multicelulares: parótidas (localizadas ao lado do ouvido), submaxilares (na região submandibular) e as sublinguais (que, como o nome indica, localizam-se abaixo da língua). Contudo, existem outras glândulas distribuídas pela cavidade oral. Estas glândulas têm como objetivo libertar secreções (Seeley et al., 1997), através dos ductos (canais que ligam à cavidade oral) (Standring, 2006) que permitem manter a cavidade oral e o *bolus* lubrificados, e iniciar o processo de digestão (Seeley et al., 1997), através da segregação das enzimas digestivas. Ainda de acordo com o mesmo autor, as secreções da cavidade oral, isto é, a saliva, são de extrema importância. Para além das funções já descritas, a saliva lava a cavidade oral, prevenindo a infeção bacteriana da boca. Quando existe uma diminuição desta secreção há um aumento da probabilidade de ulceração, infeção da mucosa oral e cáries dentárias. A estimulação da saliva é realizada pelo sistema nervoso simpático e parassimpático essencialmente através das fibras parassimpáticas dos nervos facial e glossofaríngeo, que são pares cranianos, a partir de diversos estímulos, tais como,

estimulação tátil da cavidade oral, com sabores, principalmente amargos ou ácidos, com odores ou imagem mental de alimentos.

Para além da cavidade oral, a fase oral da deglutição depende dos músculos da mastigação, nomeadamente, os músculos pares que permitem o movimento mandibular, a saber: temporal, masseter, pterigóideos lateral e externo. O músculo temporal tem a função de elevar (fechando) e retraindo a mandíbula. É enervado pelo ramo mandibular do nervo trigémeo. O masseter eleva e projeta a mandíbula e é enervado pela terceira divisão mandibular do nervo trigémeo. Já os pterigóideos projetam a mandíbula, o externo também a deprime (abrindo-a) e o interno eleva-a. Ambos são enervados pela mesma divisão do trigémeo. Todos os movimentos realizados por estes músculos permitem rasgar, esmagar e triturar os alimentos (Seeley et al., 1997).

A maior estrutura envolvida na fase faríngea é a faringe, que se estende desde a base do crânio até à sexta vértebra cervical, na altura da cartilagem cricóide, ocupando cerca de 12 cm (Marchesan, 2004; Standring, 2006). As suas paredes são constituídas por músculo estriado que se divide em três músculos: constritor da faringe superior, médio e inferior (Marchesan, 2004). Esta estrutura é partilhada pelo aparelho respiratório e digestivo. Antes dela está a cavidade nasal que pertence ao aparelho respiratório e a cavidade oral que pertence ao aparelho digestivo. Abaixo há uma divisão para a laringe ou esófago, dos aparelhos respiratório e digestivo, respetivamente (Seeley et al., 1997). De forma a facilitar o estudo da faringe, esta foi dividida em três partes: nasofaringe, orofaringe e laringofaringe (Marchesan, 2004; Seeley et al., 1997).

A primeira, a mais superior, localiza-se na base do crânio e comunica com a cavidade nasal, tendo lateralmente o recesso faríngeo (Marchesan, 2004) e, na região posterior, as adenóides, que permitem proteger o organismo de infeções (Marchesan, 2004; Seeley et al., 1997; Standring, 2006). Esta cavidade é delimitada anteriormente pela coana nasal posterior, ântero-inferiormente pelo palato mole, posteriormente pela base do crânio e inferiormente pela orofaringe (Marchesan, 2004; Standring, 2006). É revestida de mucosa, tal como a cavidade nasal (Seeley et al., 1997), isto é, o seu revestimento é de epitélio ciliado, pseudoestratificado, do tipo respiratório (Seeley et al., 1997; Standring, 2006). Todas as suas paredes são rígidas, exceto o palato mole, pelo que não altera a sua forma como as restantes partes da faringe. A enervação da orofaringe é da responsabilidade do nervo maxilar (Standring, 2006). A função desta

cavidade durante a deglutição é apenas de permanecer fechada, separando-se da restante faringe (Marchesan, 2004).

A orofaringe é a cavidade abaixo da nasofaringe, e, portanto, localiza-se entre a úvula e a epiglote (Seeley et al., 1997; Standring, 2006). É constituída pelos músculos constritores da faringe médio e inferior, na sua parede lateral e posterior (Marchesan, 2004) e revestida por epitélio estratificado de descamação, que protege da abrasão (Seeley et al., 1997). Também nas paredes laterais, encontra-se uma grande parte do osso hióide (Donner, Bosma, Robertson, 1985, citados por Marchesan, 2004). A delimitar a parte anterior estão os arcos palatoglosso (Marchesan, 2004; Standring, 2006) e a parte posterior está ao mesmo nível do corpo da segunda vértebra cervical, e da parte superior da terceira (Standring 2006). Neste sentido, considera-se que as amígdalas e as valéculas, já mencionadas, pertencem à orofaringe (Marchesan, 2004).

Por fim, abaixo da orofaringe, encontra-se a hipofaringe ou laringofaringe, que se delimita lateral e posteriormente pelos músculos constritores da faringe médio e inferior, anteriormente pela laringe e inferiormente pelo músculo cricofaríngeo (que faz parte do esfíncter faringo-esofágico ou esfíncter esofágico superior - EES). Na região anterior deste espaço, na face laríngea, encontram-se os seios piriformes, que são espaços formados pela inserção das fibras do constritor inferior da faringe da parte lateral da cartilagem tiróideia (Marchesan, 2004). Assim sendo, estes seios são bilaterais e são delimitados lateralmente pela cartilagem tiróideia e pela membrana tiróideia e na região medial pela prega ariepiglótica (Standring 2006). O seu revestimento é de epitélio de descamação estratificado (Seeley et al., 1997).

Como a faringe, também a laringe é muito importante na segunda fase, visto ser responsável pela proteção das vias aéreas superiores. A anatomia desta estrutura é complexa, uma vez que tem vários músculos, cartilagens, ligamentos e o osso hióide. As funções da laringe são a de proteção (que será referida mais à frente neste capítulo), respiração e fonação (Marchesan, 2004). Nela incluem-se as cartilagens tiróide, cricóide, aritnóides, cuneiformes, corniculadas e epiglote, os músculos intrínsecos (aritenóideo oblíquo, músculo ariepiglótico, cricotiróideo, tiroaritnóideo, cricoaritnóideo lateral, cricoaritnóideo posterior, interaritnóideo, tiroepiglótico), os ligamentos tirohióideo e cricotiróideo (Standring, 2006). A cartilagem tiróide é ímpar e é a maior e com localização mais superior incluída na laringe (Seeley et al., 1997). Logo abaixo está a cartilagem cricóide, que tem a forma de um anel e constitui a base da

laringe e das restantes cartilagens (Seeley et al., 1997; Standring, 2006). De acordo com Standring (2006), esta cartilagem é mais espessa e mais forte que a cartilagem tiróidea. A última cartilagem ímpar e singular existente na laringe é a epiglote, já mencionada por estar em contacto com a língua, que serve de “tampa” para fechar a laringe durante a deglutição (Seeley et al., 1997; Standring, 2006). Localiza-se acima da glote (espaço existente entre as pregas vocais) e está ligada à cartilagem tiróidea. A sua constituição distingue-se das demais cartilagens por ser elástica e não cartilagem hialina (Seeley et al., 1997). As restantes cartilagens (aritrnóides, corniculadas e cuneiformes) são pares e localizam-se no bordo póstero-superior da cricóide (Seeley et al., 1997; Standring, 2006). Entre as cartilagens aritrnóides e a tiróide estão dois pares de ligamentos: as pregas ventriculares ou falsas cordas vocais (mais superiormente) e as pregas vocais ou verdadeiras cordas vocais (mais inferiormente). Tal como a epiglote, estas pregas têm uma ação muito importante na proteção das vias aéreas durante a deglutição (Seeley et al., 1997). A laringe, juntamente com a traqueia (localizada inferiormente), estão suspensas no pescoço pela musculatura supra-hióidea (superior e anterior ao osso hióide, nomeadamente, o milohióideo, geniohióideo, digástrico e tiro-hióideo). A delimitação da laringe é feita, superiormente, pela epiglote e, inferiormente, pela traqueia. Ainda relativamente à anatomia desta estrutura importa localizar o vestíbulo laríngeo, que se encontra entre a face laríngea da epiglote (superiormente) e entre as cartilagens tiróides e suas demais estruturas (lateralmente) (Marchesan, 2004).

O esófago é um tubo muscular, de cerca de 25 cm, que conduz o *bolus* desde a hipofaringe até ao estômago, sendo esta a sua delimitação. Assim sendo, o esófago inicia-se no EES e termina no esfíncter esofágico inferior, também denominado esfíncter gastroesofágico, que forma a transição entre o esófago e o estômago (Marchesan, 2004; Seeley et al., 1997). Esta transição está inserida no hiato esofágico do diafragma (Seeley et al., 1997). Estes esfíncteres são de extrema importância, na medida em que mantêm o esófago vazio entre as deglutições. O esófago é composto por músculo esquelético, na região superior, semelhante à faringe, e fibras musculares lisas na região inferior (Marchesan, 2004; Seeley et al., 1997). O esófago proximal e a faringe são as únicas regiões do corpo humano cuja musculatura estriada não tem controlo neurológico voluntário (Marchesan, 2004).

De um modo didático, a deglutição é habitualmente dividida em quatro fases, de acordo com a anatomia envolvida: fase preparatória oral, fase oral propriamente dita,

fase faríngea e fase esofágica (Logemann, 1998; Marchesan, 2004; Oda & Chiappetta, 2006). Alguns autores (Seeley et al., 1997; Standring, 2006; Yamadura et al., 2010) não distinguem as primeiras duas fases, denominando-as apenas por fase oral ou fase cefálica. Assim sendo, Yamadura et al. (2010) referem-se à fase oral, como a fase da formação do bolo alimentar na cavidade oral e na ejeção do mesmo para a faringe, desencadeando o reflexo de deglutição, que se caracteriza por uma sequência de eventos viscerais.

No entanto, Marchesan (2004) faz esta distinção e descreve a fase preparatória oral como voluntária e cuja atividade é preparar o alimento para a deglutição, isto é, para organizar as fases seguintes da deglutição. Logemann (1998) e Oda e Chiappetta (2006) referem-se a esta fase como a fase de reconhecimento sensorial do alimento, havendo uma preparação oral para a introdução do mesmo na cavidade oral. Logemann (1998) acrescenta que as características do alimento são condicionantes no processo de deglutição. Assim que este é colocado na cavidade oral, dá-se o encerramento labial, que impede o escape anterior de alimentos (Logemann, 1998; Marchesan, 2004) e a estimulação do reflexo medular, o reflexo de mastigação, através dos recetores sensoriais (Seeley et al., 1997). Assim, para ajudar o processo de mastigação, a língua inicia os movimentos bilaterais, transportando o *bolus* para os lados da cavidade oral (Logemann, 2007). Segundo Marchesan (2004), a mastigação é o principal momento desta fase e é realizada pelos dentes. A mastigação divide-se em três momentos: incisão, trituração e pulverização. Os dentes anteriores (incisivos e caninos) visam cortar e rasgar os alimentos, que depois serão esmagados e triturados pelos pré-molares e molares (Seeley et al., 1997). Durante a mastigação há também uma mistura do alimento com a saliva (Marchesan, 2004). Seeley et al. (1997) referem-se à mastigação como o processo de trituração dos alimentos na cavidade oral, isto é, o fracionamento dos alimentos em pequenas partículas, sendo também misturado com a saliva para iniciar a digestão (Logemann, 1998, 2007; Marchesan, 2004). É a eficiência da mastigação que permite uma organização adequada do *bolus* (Oda & Chiappetta, 2006). A transformação é parte integrante da digestão química e mecânica do alimento. Durante a mastigação, o palato mole protege a faringe do escape do alimento antes de ser deglutido por estar na sua posição baixa (Logemann, 1998; Marchesan, 2004; Oda & Chiappetta, 2006). Permite ainda que a respiração nasal se continue a processar (Logemann, 1998; Marchesan, 2004), visto que as vias aéreas superiores e inferiores

estão abertas. Durante esta fase, a faringe e a laringe estão em repouso (Logemann 1998). No fim desta fase, o *bolus* é colocado sobre a língua, abaixo do palato duro para dar início à deglutição voluntária e, assim, à fase seguinte: fase oral propriamente dita (Marchesan, 2004). O tempo que o *bolus* deve permanecer na cavidade oral é calculado para 10 a 20 segundos (Seeley et al., 1997).

A fase oral propriamente dita inicia com propulsão do *bolus* pela língua que desencadeia o reflexo de deglutição. Nesta fase o ápex da língua encosta-se nos alvéolos dos incisivos superiores e o dorso acomoda o bolo (Marchesan, 2004) e inicia movimentos posteriores para a sua propulsão, conduzindo o *bolus* para a orofaringe (Logemann, 1998, 2007; Oda & Chiappetta, 2006). Neste momento, o palato mole eleva-se para impedir a passagem do *bolus* para a nasofaringe. Continua a ser uma fase voluntária (Marchesan, 2004; Oda & Chiappetta, 2006). Porém quando se trata da deglutição de saliva considera-se automática, visto que também ocorre durante o sono (Marchesan, 2004). Alguns autores defendem que a propulsão do *bolus* e o reflexo ocorrem por pressão negativa criada por um ligeiro movimento para o interior e aumento sequencial da tensão oral (Logemann, 1998, 2007; Oda & Chiappetta, 2006), para além do encerramento labial (Oda & Chiappetta, 2006). Os músculos envolvidos nesta fase são o elevador do véu palatino, o tensor do véu e o palatofaríngeo. A duração desta fase é de menos de um segundo (Marchesan, 2004). Por seu turno, Logemann (1998) defende que a duração pode chegar ao 1,5 segundo, mas não mais, sendo que este tempo aumenta proporcionalmente à viscosidade do *bolus*.

Portanto, a fase oral é voluntária, pelo que parece ser controlada, preferencialmente, pelo hemisfério esquerdo (Teismann, et al., 2011a), apesar do reflexo de deglutição ser considerado um movimento reflexo semiautomático, e depende de um sistema motor regulado pelos neurónios do tronco cerebral que têm um centro de deglutição com esta funcionalidade. Doty (1951), citado por Steele & Miller (2010), afirma ser o reflexo mais complexo eliciado pelo SNC. Marchesan (2004) sugere que esta fase tem um controlo neurológico motor e sensorial. O primeiro é constituído por três nervos encefálicos que permitem o seu controlo motor eferente, a saber, o nervo facial (que controla os lábios, bochechas e boca), nervo hipoglosso (que controla a língua) e o nervo trigémeo (que controla a mandíbula). O controlo neurológico sensorial é realizado através do nervo trigémeo (que se relaciona com a

entrada sensorial e a posição da mandíbula), o nervo facial e o trigêmeo (que estimulam o paladar).

Posteriormente surge a fase faríngea, que se inicia quando do desencadeamento do reflexo de deglutição que acontece quando a “cabeça do *bolus*” toca nos arcos anteriores ou, em alguns pacientes, quando tocam nos seios piriformes (Logemann 1998) e com a elevação do palato mole (Marchesan, 2004), que impede a passagem do *bolus* para a nasofaringe. Segundo Logemann (1998) a deglutição é possível mesmo que esta oclusão não aconteça se as restantes estruturas tiverem uma ação normal, principalmente a base da língua e as paredes faríngeas, que entram em contacto. Adicionalmente, Seeley et al. (1997) refere que este início se dá pela estimulação dos recetores tácteis na orofaringe. Esta fase é descrita por Steele e Miller (2010) como uma sequência de atividade muscular bilateral, associada a um *input* sensorial. Logemann (1998), Marchesan (2004), Seeley et al. (1997) e Standring (2006) acrescentam que os músculos constritores da faringe vão contraindo progressivamente criando uma onda peristáltica, que conduz o alimento até ao EES. No entanto, Standring (2006) refere que estudos mais recentes afirmam que o *bolus* se desloca a uma velocidade superior à das ondas provocadas pela faringe, o que pode significar que, por vezes, a força de propulsão posterior da língua pode ser suficiente para levar o *bolus* até ao esófago. Por outro lado, van der Kruis, Baijens, Speyer, e Zwijnenberg (2011) defendem que a fase faríngea inicia-se quando o osso hióide se desloca, devido à ação dos músculos suprahióideos, elevando a laringe que, por sua vez, traciona anteriormente a cricóide, e abre o EES (Dodds, Stewart, & Logemann, 1990). A ação dos músculos digástrico, milohióideo, geniohióideo, elevador laríngeo e tirohióideo, não só eleva o osso hióide como também o traciona para a frente. Este mecanismo contribui também para o encerramento das vias aéreas (Logemann, 1998). Portanto, a elevação laríngea ocorre em 3 níveis, a saber: (1) adução das pregas vocais para encerramento da glote, com o auxílio do feixe interno dos músculos tiroaritrnóideos; (2) adução das bandas ventriculares ou pregas vocais falsas, com auxílio dos músculos tiroaritrnóideos; e, (3) junção da epiglote com as aritrnóides para fechar o vestíbulo laríngeo, através do movimento descendente da epiglote e aproximação das pregas ariepiglóticas (ou músculo ariepiglótico), que cobrem a entrada ântero-superior da laringe e do encerramento da região posterior através da cartilagem aritrnóide (Logemann et al., 1992; Marchesan, 2004). Esta elevação reflete a função protetora da laringe, através do fechamento esfíncteriano da via aérea superior

(Marchesan, 2004). Durante este processo, há uma pausa respiratória, que permite a proteção das vias aéreas, evitando a aspiração de alimento sólido ou líquido (Camargo et al., 2010; van der Kruis et al., 2011). De acordo com Martin, Logemann, Shaker e Dodds (1994), citados por Logemann (1998), esta pausa pode durar cerca de cinco segundos ou mais, no caso da deglutição de líquido por um copo. A aspiração pode causar alterações pulmonares que comprometem as provas de endurance e a capacidade de integrar programas de reabilitação (Duncan et al., 2005; Santamato et al., 2009), por isso, nesta fase é muito importante haver coordenação entre a respiração e a deglutição (Oda & Chiappetta, 2006). Neste sentido, há uma relação temporal e fisiológica entre a respiração e as componentes que estão envolvidas na proteção das vias aéreas durante a deglutição, podendo estar na base da ocorrência de pneumonia (Terzi et al., 2007), particularmente, em pacientes integrados em unidades de cuidados intensivos (Camargo et al., 2010). Ainda durante a elevação laríngea, a porção posterior da língua desce, mantendo o contacto com a parede posterior da faringe. É após este momento que ocorre a onda peristáltica descendente (Marchesan, 2004). De acordo com Seeley et al. (1997), a fase faríngea tem a duração de um a dois segundos. Já Logemann (1998) considera que a fase dura apenas um segundo ou menos. No seu artigo de 2007, a autora afirma que este percurso leva cerca de dois a três segundos.

Toda esta fase faríngea é considerada uma resposta reflexa (Steele & Miller, 2010) e involuntária (Oda & Chiappetta, 2006), sendo controlada maioritariamente pelo hemisfério direito (Hannig, et al., 1989, citados por Teismann, et al., 2011a). Por outro lado, Marchesan (2004) e Steele e Miller (2010) acreditam que esta fase envolve um controlo neurológico decorrente do *input* sensorial e dos nervos sensoriais descendentes. Este *input* aferente relativo à deglutição percorre as fibras sensoriais do nervo trigémeo, do nervo glossofaríngeo (Marchesan, 2004; Seeley et al., 1997; Steele & Miller, 2010) até ao centro da deglutição na medula, que, consequentemente, gera os potenciais de ação dos neurónios motores conduzidos pelo trigémeo, glossofaríngeo, vago e espinal até ao véu palatino e faringe (Seeley et al., 1997). Steele e Miller (2010) acrescentam, ainda, que o ramo interno do nervo laríngeo superior também integra este *input*. O controlo neurológico tem, também, uma componente motora que é da responsabilidade dos nervos trigémeo, facial, glossofaríngeo, vago e hipoglosso e de algumas contribuições dos plexos cervicais C1-3 (Marchesan, 2004). A autora descreve detalhadamente qual a participação de cada par craniano em cada uma das diferentes

partes da fase faríngea. A fase inicia-se com a participação dos nervos trigêmeo, facial e acessório na deslocação posterior da língua no sentido do palato mole. O movimento contrário é enervado pelo nervo trigêmeo. O mesmo nervo, juntamente com o glossofaríngeo e o vago, provocam a elevação do palato e a constrição da parede posterior da faringe e dos constritores faríngeos. Em seguida, dá-se a elevação do osso hióide e da língua, para a qual são necessários os nervos facial, acessório e plexo espinal C1-3. No momento da proteção das vias aéreas, em que a epiglote desce e a laringe eleva, há a participação dos nervos glossofaríngeo e vago. Este último enerva, também, a abertura do EES, finalizando a fase faríngea. Posteriormente, as estruturas regressam à sua posição de repouso, sendo que o nervo trigêmeo enerva esta ação no palato mole, o acessório e o C1-3 enervam-na na língua e o glossofaríngeo, o vago e o C1-3 enervam a reabertura e descida da laringe.

Através de exames de imagiologia durante a função de deglutição, tais como a ressonância magnética funcional e a encefalomagnetografia, em indivíduos normais, foi possível verificar a ativação cortical (Dziewas et al., 2003; Hamdy et al., 1999; Mosier, Liu, Maldjian, Shah, & Modi, 1999). Neste processo há um envolvimento bilateral das áreas sensoriomotoras corticais primárias e secundárias, do córtex insular, do opérculo frontal, do cíngulo anterior, do córtex parietal posterior e do córtex motor suplementar (Teismann, et al., 2011a). Em estudos realizados com indivíduos jovens e saudáveis verificou-se que as estruturas da cabeça e pescoço envolvidas na deglutição movimentam-se com durações temporais diferentes dependendo da consistência do bolo alimentar em questão (líquido, semissólido e sólido) (Priefer & Robbins, 1997). Neste sentido, a ativação cortical para a deglutição varia consoante o tipo de deglutição (por exemplo, saliva, água, bário) (Humbert et al., 2009). Também nesta fase Logemann (2007) remete à importância da pressão para o mecanismo adequado. Esta fase apresenta a envolvimento de várias válvulas, isto é, válvulas que não permitem que o alimento volte para a cavidade oral (a base da língua permite aumentar a pressão intraoral para que o *bolus* percorra a faringe), que não vá para a nasofaringe (o palato mole e paredes faríngeas, que constituem a válvula velofaríngea), para a via aérea inferior (no caso da laringe, como já mencionado) e para que o alimento possa passar para o esófago (EES, que abre para esta passagem).

No que respeita ao tempo de duração, Oda e Chiappetta (2006) afirmam que a mesma dura cerca de um segundo.

Por fim, a fase esofágica caracteriza-se pelo trânsito do bolo para o estômago, a partir de uma onda peristáltica do esófago (Logemann, 1998; Marchesan, 2004; Standring, 2006), desencadeada pelo plexo intramural, que é estimulado pela presença de alimento neste tubo, através da estimulação dos recetores tácteis que enviam impulsos aferentes ao bulbo, através do nervo vago (Seeley et al., 1997). Neste sentido, a fase esofágica inicia-se no EES (Logemann, 1998; Marchesan, 2004; Oda & Chiappetta, 2006; Standring, 2006), que abre para a passagem do alimento, e termina na junção esofagogástrica. O EES é constituído por vários músculos, sendo predominante o cricofaríngeo (Logemann, 1998; Marchesan, 2004; Standring, 2006), que relaxa à passagem do alimento (Logemann, 1998; Standring, 2006) e depois retorna ao seu certo nível de contração de repouso (Logemann, 1998). No entanto, também o músculo constritor inferior da faringe e as fibras do músculo esofágico proximal são determinantes (Marchesan, 2004). Posteriormente, a musculatura estriada e lisa do esófago, inicia uma contração coordenada, que provoca ondas peristálticas prevenindo o refluxo gastroesofágico (Oda & Chiappetta, 2006). O mesmo autor defende, ainda, que esta fase tem um controlo do córtex e tronco cerebral. Segundo Seeley et al. (1997), esta fase tem a duração de apenas cinco a oito segundos e de acordo com Dodds, Hogan, Reid, Stewart e Arndorfer (1973) e Mandelstam e Lieber (1970), citados por Logemann (1998), varia entre os oito e os vinte segundos.

Assim como as fases anteriores, também esta fase tem um controlo neurológico motor e sensorial. O controlo motor é realizado através do nervo vago que estimula os sinais inibitórios e excitatórios descendentes, que permitem a abertura dos esfíncteres. Já o controlo sensorial é realizado através do nervo vago (para o peristaltismo) e do nervo laríngeo recorrente (que enerva a parte inferior do esófago) (Marchesan, 2004).

2.3. Etiologia da Disfagia

Como já foi referido, a disfagia orofaríngea é um distúrbio decorrente do funcionamento deficiente da capacidade de deglutição. Como tal, este pode ser decorrente de uma alteração estrutural ou neurológica, afetando as estruturas envolvidas no processo. Uma das causas naturais desta alteração é o envelhecimento (Ebihara, et al., 2011a). Existem várias patologias que podem estar na base etiológica da disfagia

orofaríngea. Saber a etiologia da disfagia é de extrema importância, tanto como saber as alterações musculares e estruturais envolvidas na deglutição (Logemann, 2007). Para Groher (1992) e Buchholz (1994), citados por Yamadura et al. (2010), mesmo na terceira idade, a maior causa de disfagia orofaríngea são as doenças neurológicas, sendo o AVC a mais comum. Schelp, Cola, Gatto, Silva, e Carvalho (2004) estudaram 102 pacientes após AVC isquêmico ou hemorrágico, através de avaliação clínica e videofluoroscópica, numa média de seis dias após a instalação do AVC, concluindo que destes apenas 24 não apresentaram disfagia. Os demais evidenciaram disfagia, demonstrando a elevada prevalência desta alteração em pacientes após AVC. Teismann, et al. (2011a) acrescentam que 50% dos pacientes com AVC isquêmico cortical apresentam disfagia orofaríngea. Por outro lado, Takahata, Tsutsumi, Baba, Nagata, e Yonekura (2011) referem que esta varia entre os 30% e os 50% dos pacientes conscientes pós AVC, implicando uma alteração da dieta. Também para Martino et al. (2005) e Karagiannis, Chivers, e Karagiannis (2011) o AVC é uma das causas de disfagia orofaríngea, sendo Smithard et al. (1997) afirma que 51% destes pacientes têm risco de aspiração. Já Karagiannis et al. (2011) sugerem que a incidência de disfagia orofaríngea nos pacientes após AVC está entre os 40% e os 70%. Schelp et al. (2004) concluiu, ainda, no seu estudo, realizado durante um ano em indivíduos após AVC, que esta incidência é de 76,5%, entre 102 pessoas. As alterações da deglutição apresentadas por estes pacientes dependem do estado anatomofisiológico do paciente. Assim, quando há uma diminuição da força da língua, por exemplo, pode haver dificuldade no controle oral do *bolus* e na propulsão da língua. Mesmo quando não há limitação na mobilidade da língua, pode haver atraso severo do desencadear do reflexo da deglutição, quando a lesão é no tronco cerebral ou no córtex anterior, o que pode aumentar o risco de aspiração por provocar o escape prematuro do *bolus* para a orofaringe (Gonçalves & César, 2006). Na faringe pode também haver uma hemiparesia que reduz a peristalse faríngea e aumenta os resíduos na valécula e seios piriformes (Donner, 1974, Kilman, Goyal, 1976, citados por Gonçalves & César, 2006). Nesta fase, também a laringe pode apresentar hemiparesia e não cumprir de forma adequada a função esfinteriana. Em casos em que a lesão é no tronco cerebral pode também ocorrer uma disfunção do cricofaríngeo (Donner, 1974, Silbiger, Pikielney, Donney, 1967, citados por Gonçalves & César, 2006). Comparando em termos de hemisférios a lesão, quando esta ocorre no lado esquerdo afeta mais a fase oral (Logemann, 1998), como era de esperar de acordo com a anatomia descrita anteriormente. Quando ocorre no hemisfério direito é a fase

faríngea que fica mais afetada, o que significa que há maior risco de aspiração. Se a lesão for bilateral, as alterações são mais acentuadas (Santini, 2004).

Adicionalmente, existem outras patologias neurológicas que podem estar na base de disfagia orofaríngea, nomeadamente, a Doença de Parkinson (DP) (Humbert et al., 2010; Smithard et al., 1997), Alzheimer (Humbert et al., 2010; Karagiannis et al., 2011), Esclerose Múltipla (EM), Traumatismo Crânio-encefálico (TCE) (Karagiannis et al., 2011), Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) e Miastenia Gravis (MG) (Smithard et al., 1997).

Segundo Pitts et al. (2010), os indivíduos com DP apresentam défices nos músculos laríngeos (Heffner, 2010; Troche et al., 2010), nomeadamente, diminuição da elevação e mobilidade do complexo hiolaríngeo (Bayés-rusiñol et al., 2011), o que causa quase sempre disfagia orofaríngea, perturbando a alimentação e deglutição. Consequentemente, estes doentes apresentam aspiração de alimento. Este é um fator que merece grande atenção, uma vez que a pneumonia aspirativa é descrita como a maior causa de mortalidade nos pacientes com DP (Ebihara et al., 2003, Nakashima et al. 1997, citados por Pitts et al., 2010; Troche et al., 2010). Também Stroudley e Walsh (1991) afirmam haver elevada incidência de pneumonia aspirativa nos pacientes com DP. Beyer, Herlofson, Arsland, e Larsen (2001), D'Amelio et al. (2006) e Fall, Saleh, Fredrickson, Olsson, e Granérus (2003) referem que mais de 50% dos pacientes morrem de pneumonia aspirativa.

Por outro lado, González-Fernández e Daniels (2008) sugerem que já na fase oral da deglutição os pacientes com DP apresentam limitações, nomeadamente no que se refere a um atraso na organização do bolo alimentar e redução dos movimentos de língua devido à rigidez e bradicinésia características desta patologia e que são fatores precursores de alterações do funcionamento das estruturas orofaciais durante o processo de deglutição (Leopold & Kagel, 1996). Ainda na sequência destas características, o paciente com DP pode apresentar aumento do tempo de trânsito orofaríngeo e diminuição da mobilidade esofágica (Ali et al., 1996; Bayés-rusiñol et al., 2011; González-fernández, Prieto-tedejo, Velasco-palacios, Jorge-roldán, & Cubo-delgado, 2010). De um modo mais específico, Bayés-rusiñol et al. (2011) acrescentam que nos pacientes com esta patologia é frequente encontrarem-se alterações ao nível do reconhecimento do bolo alimentar na cavidade oral, do seu controlo e dos movimentos

repetitivos ântero-posteriores da língua, impedindo a ejeção adequada do bolo para a faringe. Pode, ainda, ocorrer escape anterior de alimento e regurgitação nasal.

No que se refere à fase faríngea há um atraso do reflexo de deglutição e aumento de duração dos movimentos laríngeos. Já a fase esofágica está afetada devido à lentidão do relaxamento do cricofaríngeo e diminuição dos movimentos esofágicos.

Na Doença de Alzheimer, a disfagia é caracterizada por algumas ocorrências de pneumonia aspirativa, devido à dificuldade de deglutição (Kalia, 2003; Sachs, Shega, & Cox-hayley, 2004). Nestes casos há também uma perda de peso e má nutrição, explicada não só pela disfagia orofaríngea, mas também pela diminuição de ingestão oral (Sachs et al., 2004; van der Steen, Ooms, Mehr, van der Wal, & Ribbe, 2002). Hoffer (2006) sugere que esta diminuição se deve à diminuição da taxa do metabolismo basal e à inatividade que provoca uma baixa necessidade de ingestão calórica. Nos estadios mais precoces e intermédios já se verificam alterações na fisiologia da deglutição que podem causar má nutrição, desidratação e pneumonia aspirativa. Nas fases iniciais da doença denotam-se dificuldade na fase faríngea e redução dos movimentos da língua (Priefer & Robbins, 1997), provocando dificuldades na preparação do bolo na fase oral, na “limpeza” da faringe, na abertura do EES e na aspiração quando em estadios moderados da doença (Horner, Alberts, Dawson, & Cook, 1994). No entanto, é nos estadios mais avançados que a pneumonia de aspiração se torna mais frequente. Esta demência afeta centros corticais envolvidos no processo de deglutição, nomeadamente a insula/opérculo do giro frontal inferior, o córtex cingulado anterior e o lobo temporal ântero-medial (Humbert et al., 2010). Nos casos mais avançados desta patologia, a equipa médica pondera a colocação de um sistema de alimentação alternativo. Contudo, é uma questão controversa, dado que vários estudos verificaram que não há um prolongamento da sobrevivência em casos de uso de sonda nasogástrica (SNG) ou de gastrostomia (Dharmarajan, Unnikrishnan, & Pitchumoni, 2001; Finucane, Christmas, & Travis, 1999; Gillick, 2000; Sampson, Candy, & Jones, 2009). Foi encontrado apenas um estudo que verificou um aumento da sobrevida, mas não é esclarecido qual o estadio da demência (Palecek et al., 2010).

Teismann, et al. (2011b) salientam que a disfagia é mesmo uma das maiores alterações dos pacientes com ELA. As alterações encontradas nestas pessoas dependem da predominância da doença. Nos pacientes com dominância no trato corticobulbar, geralmente a disfagia reflete-se em: (1) diminuição da mobilidade lingual, o que

dificulta a lateralização do *bolus* na cavidade oral e, conseqüentemente, a mastigação e o controlo oral do alimento (Dworkin & Hartmann, 1979, Kilman & Goyal, 1976, citados por Logemann, 1998); (2) dificuldade em aumentar a pressão oral, o que implica maior dificuldade em deglutirem alimentos mais espessos ou viscosos; (3) diminuição do fechamento labial, conduzindo ao aumento de baba; (4) redução da funcionalidade do véu palatino para manutenção do *bolus* na cavidade oral e para o encerramento faríngeo durante a deglutição (Robbins, Logemann & Kirchner, 1982, citados por Logemann, 1998); (5) redução da contração da base da língua e das paredes faríngeas, aumentando o resíduo faríngeo após a deglutição; (6) em fases mais avançadas da doença há, ainda, uma diminuição da elevação laríngea, colocando em risco a proteção das vias aéreas (Logemann, 1998).

Quando há predominância do trato corticoespinal as alterações da deglutição são muito mais discretas, podendo mesmo não desenvolver alterações. Geralmente as alterações são ao nível da elevação do véu palatino e da contração das paredes faríngeas, podendo apresentar uma perda de peso (Logemann, 1998).

Gonçalves e César (2006) não fazem esta distinção dentro da ELA. No geral, os autores referem que, citando Yorkston, Miller e Strand (1995), inicialmente as maiores dificuldades prendem-se com a deglutição de sólidos, o aumento de tempo de refeição e necessidades de realizar refeições com porções menores. Gonçalves e César (2006, p. 269) continuam, descrevendo que, de um modo geral, os pacientes com ELA apresentam: “fadiga durante a alimentação, fraqueza oral e faríngea com comprometimento da movimentação e forças dos órgãos fonoarticuladores³, escape extra-oral de saliva, alteração da função respiratória com sinais de fadiga, redução da *loudness*⁴, aumento do tempo de alimentação, perda de peso, redução de elevação laríngea, risco de aspiração pulmonar.” Também Chiappetta e Oda (2003), citados por Oda e Chiappetta (2006), não fazem distinção dos tipos de ELA. Portanto, referem que, no geral, estes pacientes apresentam dificuldades no controlo oral do *bolus*, permitindo o escape para a faringe devido à diminuição da funcionalidade dos lábios, língua e bochechas. Esta dificuldade está mais presente quando a deglutição é de um líquido. No que concerne aos pastosos e sólidos, as alterações mais frequentes são resíduos após a

³ Estruturas oro-faciais que participam na mastigação, deglutição e fala

⁴ Percepção auditiva da intensidade vocal

deglutição, tanto na cavidade oral como na faringe. Os mesmos autores sugerem que há, ainda, uma ausência de coordenação entre as várias etapas da deglutição.

A intervenção nos casos de ELA baseia-se no ensino de estratégias compensatórias das alterações (Logemann, 1998). Segundo Zanoteli e Oliveira (2006), quando a disfagia grave está associada à desnutrição e pneumonia aspirativa de repetição o mais indicado é recorrer à SNG ou gastrostomia.

Outra doença que pode estar associada à disfagia é a MG, e a disfagia pode mesmo ser o primeiro e único sintoma da patologia com uma incidência de 30 a 40% (Carpenter, McDonald, Howard, 1979, citados por Oda & Chiappetta, 2006). A grande característica desta doença é a elevada fraqueza e fadiga. Esta também se manifesta no momento da alimentação. É comum estes pacientes sentirem diminuição de tónus, força e excursão da movimentação da língua e fraqueza facial (Gonçalves & César, 2006). Neste sentido, o paciente pode iniciar a alimentação sem dificuldades e depois começar a ficar fraco, afetando os músculos mastigatórios. Outras alterações que se relacionam com a disfagia na MG são a hipernasalidade com ocorrência de regurgitação nasal, alterações na fase oral (diminuição do controlo oral, escape anterior de alimento, resíduos após a deglutição na cavidade oral, escape posterior prévio à deglutição) e na fase faríngea (resíduos faríngeos e penetração e/ou aspiração laríngea) (Kahrilas, 1994, citado por Oda & Chiappetta, 2006). Todas estas alterações estão também relacionadas com a fadiga muscular apresentada pelos pacientes.

No que respeita à EM, como as lesões podem ser em variados locais do cérebro e afetam múltiplos nervos cranianos, as alterações evidenciadas podem ser muito variadas (Logemann, 1998). Zanoteli e Oliveira (2006) acrescentam que o comprometimento dos nervos cranianos pode resultar, entre outras alterações, parésia facial e nevralgia do trigémeo, que são fatores que interferem a deglutição (como já foi descrito nos subcapítulos anteriores). Portanto, as alterações da deglutição nestes casos clínicos estão relacionadas com os pares cranianos alterados, inibindo a sua ação no processo de deglutição (Logemann, 1998). Em 1983, Logemann, citada por Gonçalves e César (2006), escreveu que as alterações da deglutição nesta patologia estavam maioritariamente relacionadas com a diminuição da peristalse faríngea e atraso do reflexo de deglutição. Num estudo realizado em 1987, por Fabiszak, a maioria dos pacientes com EM (de um grupo de 150) apresentou atraso do reflexo de deglutição, diminuição da retração da base da língua e da contração das paredes faríngeas e

presença de resíduos na valécula. Mais tarde, Kirshner (1989), citado por Gonçalves e César (2006), concordou com a presença de atraso do reflexo da deglutição e referiu engasgos com líquidos e estase de sólidos, porém menos frequente. No entanto, estas características não estão sempre presentes, mesmo nas fases mais avançadas da doença (Logemann, 1998). Já Yorkston, Miller e Strand (1995), citados por Gonçalves e César (2006), sugerem que as alterações ocorrem principalmente na fase final da doença, geralmente associadas ao tremor manual. Gonçalves e César (2006) salientam também que muitos destes pacientes negam a presença de disfagia orofaríngea, apesar de serem relatadas alterações pelos familiares. É, ainda, importante salientar que é comum estes pacientes apresentarem incoordenação motora (Zanoteli & Oliveira, 2006), o que pode afetar as etapas motoras do processo de deglutição.

No que se refere às alterações da deglutição no TCE, Gonçalves e César (2006) descrevem que estas dependem da localização da lesão, mas é frequente as alterações relacionarem-se com o disparo do reflexo de deglutição e com a disfunção do cricofaríngeo. Por outro lado, Santini (2004) sugere que as alterações são semelhantes às dos AVCs.

Não só as doenças neurológicas, mas também outras patologias podem desencadear a disfagia orofaríngea. Skoretz et al. (2010) enumeram alterações como cancro de cabeça e pescoço e/ou outros tratamentos médicos necessários, tais como cirurgia da coluna cervical, intubação prolongada, traqueostomia e ventilação mecânica. De acordo com os dados da International Agency for Research on Cancer, citada por Nourissat et al. (2010), o cancro de cabeça e pescoço é o sexto tipo de cancro mais frequente em todo o mundo, surgindo cerca de 560000 novos casos no mundo em cada ano. De um modo geral, o tratamento é realizado através de cirurgia e/ou radioterapia, que é bastante eficaz no tratamento do cancro laríngeo em estado inicial (Pfister et al., 2006). Nourissat et al. (2010) no seu estudo verificou que os pacientes com cancro de cabeça e pescoço têm um alto risco nutricional e perda de peso. Também Sherman, et al. (2000), citados por Speyer et al. (2011), sugerem que os pacientes com cancro de cabeça e pescoço em fase avançada sofrem frequentemente de disfagia orofaríngea, decorrente da doença ou dos seus tratamentos. No estudo realizado por Peponi et al. (2011) em que foram avaliados 79 pacientes com risco de desenvolver disfagia, por terem cancro na laringe, orofaringe e hipofaringe, onde foram excluídos os paciente já irradiados anteriormente e incluídos os pacientes cujo tratamento por radioterapia tinha

sido eficaz, o autor concluiu que 77 pacientes desenvolveram disfagia entre os graus zero e dois, apesar de não ter havido episódios de pneumonia de aspiração. Na mesma linha de pensamento van der Molen et al. (2011) sugerem que a quimioterapia curativa no cancro de cabeça e pescoço em fase avançada provoca alterações nas estruturas anatómicas envolvidas na deglutição, bem como na função da deglutição, nutrição e nas funções do aparelho digestivo em geral e do aparelho respiratório superior, que podem ser persistentes e severas. De entre as alterações anatomofisiológicas, vários autores (Eisbruch et al., 2004; Kotz, Costello, Li, & Posner, 2004; Newman et al., 2002; N. P. Nguyen et al., 2004) afirmam que as mais frequentes são a diminuição da retração de língua, da elevação laríngea, levando a dificuldades no transporte do bolo, causando estase e consequente aspiração. Está, ainda, descrita uma elevada incidência de dor, edema, xerostomia, fibrose com trismo e alterações da mastigação e deglutição. Os músculos envolvidos no processo da deglutição, muitas vezes, atrofiam por desuso (Eisbruch et al., 2004), uma vez que muitos destes pacientes já recorreram à SNG antes do tratamento. Para Eisbruch et al. (2002) e Levendag et al. (2007), as alterações da deglutição nesta patologia prendem-se com a presença de xerostomia, odinofagia (dor ao deglutir), mucosite ou fibrose por radiação.

Outra causa mecânica da disfagia orofaríngea é a intubação endotraqueal e o suporte ventilatório (Barquist et al., 2001, citados por Camargo et al., 2010; DeVita & Spierer-Rundback, 1990, Tolep et al., 1996, citados por Skoretz et al., 2010), que são procedimentos comuns em doentes hospitalizados, mas que podem prejudicar a alimentação via oral. De acordo com Skoretz et al. (2010), a respiração artificial pode causar disfagia orofaríngea. Contudo, como estes indivíduos estão sujeitos a várias intervenções, torna-se arriscado concluir que a disfagia é apenas proveniente do tratamento respiratório. Por outro lado, os estudos são pouco conclusivos no que se refere à percentagem de incidência da disfagia nestes pacientes, pois há uma variação de 3 a 83% de incidência Tolep et al., 1996, citados por Skoretz et al., 2010).

De acordo com McClave (2002), citado por Romero et al. (2010), há também uma pré-disposição para desenvolver alteração da deglutição em indivíduos com intubação translaríngea prolongada. É neste sentido que Romero et al. (2010) mencionam a importância de avaliar a deglutição de todos os pacientes sujeitos a traqueostomia cirúrgica. Para confirmar estas afirmações e dissociar as consequências da traqueostomia das consequências neurológicas, estes autores realizaram um estudo em

que avaliou os indivíduos em estado crítico com traqueostomia, devido ao uso prolongado de ventilação mecânica, sem doença neurológica e diagnóstico de disfagia prévio. O autor não encontrou influência da duração da intubação translaríngea ou da ventilação mecânica na deglutição. No entanto, verificou que 40% dos indivíduos que recorreram a traqueostomia decorrente de ventilação mecânica prolongada apresentavam alterações da deglutição.

2.4. Consequências de Disfagia

Algumas definições de disfagia sugerem a aspiração como um dos fatores de diagnóstico (Speyer et al., 2011), principalmente na classificação da disfagia severa (Skoretz et al., 2010). Como tal, este é não só um fator de diagnóstico como também uma consequência deste distúrbio (Karagiannis et al., 2011; Speyer et al., 2011). Esta pode ocorrer devido a uma má coordenação da deglutição, levando à entrada de conteúdo alimentar (Palmer, Rudin, Lara, & Crompton, 1992) ou secreções orais (Murray, Langmore, Ginsberg, & Dostie, 1996) para a laringe e, consequentemente, para os pulmões (Palmer et al., 1992).

Os autores são unânimes quando referem que, decorrente desta aspiração, o indivíduo pode desenvolver pneumonia aspirativa (Karagiannis et al. 2011; Yamadura et al. 2010; Skoretz et al. 2010) ou pneumonia nosocomial (Romero et al., 2010) e “sufocamento” (Yamadura et al., 2010). A aspiração é uma consequência considerada grave, uma vez que, segundo Hannig et al. (1989), citados por Teismann, et al. (2011a), cerca de 6% dos pacientes após AVC morrem por pneumonia aspirativa no primeiro ano. Estima-se, ainda, que 40% dos indivíduos com disfagia pós AVCs desenvolvem pneumonia aspirativa que leva ao uso de alimentação artificial (Karagiannis et al., 2011; Smithard et al., 1997), uma vez que a pneumonia é uma das maiores causas de mortalidade precoce em indivíduos oncológicos (Nam P Nguyen et al., 2006).

Comparativamente a American Thoracic Society (2005), citada por Romero et al. (2010), concorda que a pneumonia nosocomial é uma das maiores causas de infecção nas unidades de cuidados intensivos e aumenta a morbidade e mortalidade, aumentando os custos dos cuidados, e, segundo Katzan et al. (2003), citados por Santamato et al. (2009), o tempo de internamento hospitalar. Adicionalmente, a disfagia pode aumentar

o risco de desnutrição e desidratação (García-Peris et al., 2007; Nam P Nguyen et al., 2006; Yamadura et al., 2010), que, por sua vez, pode aumentar o risco de aspiração (García-Peris et al., 2007). Jager-Wittenaar et al. (2011) afirma mesmo que a maior causa de má nutrição em pacientes com cancro de cabeça e pescoço, antes do tratamento, é a ingestão insuficiente de alimento devido a obstrução mecânica ou dor causada pelo tumor. Também a caquexia pode estar na base desta má nutrição (Evans et al., 2008). Durante e após o tratamento podem surgir outros sintomas, nomeadamente alterações de mastigação e deglutição, dor, boca seca, saliva espessa e distúrbios de paladar, que contribuem para a má nutrição (Vissink, Jansma, Spijkervet, Burlage, & Coppes, 2003), bem como as mucosites causadas pela radioterapia (Ki et al., 2009).

Ainda no cancro de cabeça e pescoço, Santamato et al. (2009) sugerem que, mesmo antes dos tratamentos, a disfagia orofaríngea ou dificuldade de deglutição causam frequentemente perda de peso. Todas estas alterações afetam a qualidade de vida dos pacientes, na medida em que para além destas consequências, a disfagia pode também constituir um problema social (Yamadura et al., 2010). Foi neste sentido que McHorney et al. (2002), citados por Speyer et al. (2011), criaram um questionário de qualidade de vida relacionado com a disfagia orofaríngea. Nguyen et al. (2006) defendem que também a disfagia é causadora do aumento da perda de peso e fome.

Estruturalmente, quando há disfagia pode verificar-se diferentes alterações, nomeadamente, dificuldades de encerramento labial, diminuição do tónus da musculatura facial e intraoral, promovendo os resíduos na cavidade oral após a deglutição, dificuldades na mastigação, por diminuição na mobilidade de língua, podendo também reduzir o controlo oral do *bolus* e, por isso, escape de alimento para a região posterior da cavidade oral (orofaringe), que ocorre com frequência quando há uma mastigação mais ativa, redução do reflexo de deglutição, o que proporciona que o *bolus* seja aspirado antes de deglutir. Outra alteração que promove a aspiração é a diminuição da coaptação glótica, também comum em indivíduos com disfagia. Estas alterações são fundamentais de serem detetadas a fim de perceber a que nível é necessário intervir (Logemann, 2007).

2.5. Avaliação da Disfagia

Os pacientes com diagnóstico de disfagia orofaríngea podem apresentar diferentes sintomas do distúrbio. Como já foi mencionado, não só relativamente ao grau de severidade, mas também à etiologia do distúrbio. Neste sentido, e tendo em consideração que muitos destes pacientes tendem a desvalorizar esta condição, torna-se essencial fazer uma avaliação precisa das alterações da função de deglutição. A avaliação deve ser o mais detalhada possível de modo a identificar também qualquer aspiração silenciosa. No caso do cancro de cabeça e pescoço, por exemplo, é necessário ter em consideração o procedimento cirúrgico a que o paciente foi submetido, o local de edema, a ocorrência de complicações pós-operatório e a condição psicológica do indivíduo (Ghidini et al., 2010).

De acordo com Santamato et al. (2009), a avaliação da deglutição pode ser realizada de diferentes formas. Ramsey, Smithard, e Kalra (2003) referem que a mais frequente é a avaliação clínica, por ser simples e fácil de repetir. No entanto, é pouco eficaz na deteção da aspiração silenciosa.

Na mesma linha de pensamento, Santoro et al. (2011) defendem que, inicialmente, deve ser realizada uma anamnese, no intuito de perceber quais os fatores etiológicos e clínicos da disfagia orofaríngea e o desempenho do paciente face ao processo de alimentação. Nesta fase, recolhem-se informações como o diagnóstico base, as principais queixas, o histórico e evolução do quadro clínico, tratamentos e exames efetuados, condição clínica geral, queixas relativas à deglutição e suas fases, condições e vias de alimentação no momento (como consistência, postura, utensílios ou intercorrências e via oral ou via alternativa), características vocais, estado nutricional e ocorrência de pneumonias de repetição.

Posteriormente, é realizada a avaliação para analisar a dinâmica da deglutição, começando por avaliar as estruturas anatómicas envolvidas na deglutição, compreendendo aspetos como postura, tónus, mobilidade e sensibilidade, sem que haja introdução de alimento. A esta avaliação chama-se avaliação indireta e é realizada através da observação, toque e solicitação de movimentos ao paciente. Nesta fase da avaliação analisam-se aspetos como “estado geral do paciente (motor, cognitivo e comunicação), respiração (tipo e modo), órgãos fonoarticuladores (tónus, postura e

mobilidade de língua, lábios, bochechas, mandíbula e palato mole, condições dentárias, sensibilidades tácteis, térmicas e gustativas das regiões facial, intraoral e faríngea, aspeto do palato duro e qualidade vocal), orais (vômito e tosse), deglutição de saliva (automática, voluntária, sialorreia, xerostomia, engasgos, tosses, alterações da qualidade vocal, nomeadamente, voz molhada)” (Santoro et al. 2011, pp. 203-204).

De seguida, procede-se à avaliação direta, com oferta de alimento e observação das fases da deglutição e inter-relação entre si. O alimento ofertado nesta fase da avaliação deve ser em diferentes quantidades e consistências, de modo a permitir uma melhor análise da dinâmica da deglutição (Silva, 2004). Santoro et al. (2011), no seu estudo, utilizou as consistências de líquido (água filtrada), líquido engrossado, pastoso e sólido (bolacha de água e sal), todas à temperatura ambiente. As consistências de líquido engrossado e pastoso foram obtidas através das consistências padronizadas do espessante alimentar Thick-easy (Fresenius-kabi). As quantidades utilizadas foram sequenciais de 3, 5, 10 ml e goles livres para as duas consistências mais finas, de 3, 5 e 10 ml para pastoso e de meia bolacha para o sólido. As três primeiras consistências foram colocadas com seringa graduada diretamente na cavidade oral do paciente e só depois o paciente pôde dar goles livres, enquanto que o sólido foi oferecido no tamanho estabelecido. É necessário salientar que a sequência das consistências e quantidade oferecida dependeu dos dados obtidos na anamnese e ao longo da avaliação clínica, de modo a evitar o risco de aspiração. Ao longo das ofertas dos alimentos o mesmo autor avaliou a abertura oral espontânea, o fechamento labial, a eficiência da mastigação, eficiência da mobilidade de língua na preparação do bolo alimentar, desencadeamento de reflexo de deglutição, a presença e eficiência da elevação laríngea, a presença de pigarro, engasgos ou tosse antes, durante ou após a deglutição e a presença de resíduos na cavidade oral (Santoro et al., 2011). Sordi, Mourão, Silva, e Flosi (2009) utilizaram o padrão de consistência da “American Dietetic Association”, tendo usado o mesmo espessante de estudo anterior. Contudo, não usou água para as três consistências mais finas, mas sumo de limão corado de verde, na temperatura fria. As consistências utilizadas foram na seguinte sequência: líquida; mel ou líquido engrossado, adicionando uma colher de sopa de espessante ao sumo; pudim ou pastosa, obtida através da adição de duas colheres de sopa de espessante; e, sólida, usando ¼ de bolacha “maisena.”

A par destes procedimentos, ainda no âmbito da avaliação clínica, Sordi et al. (2009) sugerem a utilização da auscultação cervical em repouso, durante a deglutição de

saliva e antes, durante e após a deglutição de alimentos. Santamato et al. (2009) descrevem esta técnica como uma análise acústica realizada com estetoscópio, dos sons da deglutição, identificando os padrões patológicos e permitindo aumentar a informação sobre a fase faríngea. Cichero e Murdoch (2002), citados por Santamato et al. (2009), detetaram diferenças dos sons da auscultação cervical em pacientes normais para a consistência líquida, de acordo com o género, idade do paciente e volume do bolo alimentar, apesar de ser complicado estabelecer padrões sonoros nesta auscultação. Pode, ainda, completar-se esta avaliação clínica com uma avaliação objetiva através da VED.

Ghidini et al. (2010), no seu artigo, também abordam a avaliação funcional, sendo constituída pela avaliação da deglutição através da VED e da videofluoroscopia da deglutição (VFD) e acrescenta, ainda, a avaliação da respiração e do discurso, por considerar que são funções intervenientes na qualidade de vida destes pacientes. Também van der Kruis et al. (2011) consideram a avaliação da deglutição através da VFD.

Relativamente à VED, Ghidini et al. (2010), que a denomina de avaliação endoscópica flexível da deglutição (traduzido do inglês), descreve que foi descrito pela primeira vez em 1988, por Langmore, Schatz e Olsen, com o intuito de avaliar a deglutição através do uso de um fibronasolaringoscópio flexível por via transnasal e podendo ser combinado com uma luz estroboscópica, uma câmara de vídeo digital e um gravador de vídeo. O objetivo do exame é avaliar a eficácia dos mecanismos de proteção das vias aéreas durante a fase faríngea da deglutição, recorrendo a ofertas de alimento ou gelatina em diferentes quantidades e consistências e observando a anatomofisiologia das estruturas nesta região (Ghidini et al., 2010; Santoro et al., 2011). Sordi et al. (2009) concorda e acrescenta que este exame permite uma melhor avaliação funcional da fase faríngea e, deste modo, uma visualização mais precisa da aspiração silente. Ghidini et al. (2010) e Santoro et al. (2011) concordam que este é um exame simples, prático e económico. Sordi et al. (2009) vai mais além nas vantagens evidenciando a elevada mobilidade do material utilizado, facilitando o seu uso em pacientes com dificuldades de locomoção. Ghidini et al. (2010) enumeram também outras vantagens, nomeadamente, a possibilidade de observar a simetria da constrição laríngea e lingual, a existência de resíduos de alimento na faringe e programar uma terapia funcional. O procedimento de realização desta técnica é descrito pelo autor da

seguinte forma: introduz-se a ponta do fibroscópio o mais longe possível na orofaringe, onde as estruturas serão observadas durante a deglutição. A colocação de anestesia no exame é controversa, pois pode alterar os resultados do mesmo. Logemann (2007) afirma que este exame tem a desvantagem de não permitir observar a cavidade oral. Contudo, permite um transporte relativamente fácil do equipamento.

Neste sentido, vários autores são unânimes no que respeita à equipa envolvida na elaboração do exame, afirmando que é necessário a presença do otorrinolaringologista e do terapeuta da fala durante a realização do mesmo (Ghidini et al., 2010; Santoro et al., 2011; Sordi et al., 2009). O papel do otorrinolaringologista no exame é interpretá-lo do ponto de vista anatómico e funcional, contribuindo para o estabelecimento do diagnóstico, enquanto o terapeuta da fala pode sugerir a realização de estratégias terapêuticas, avaliando a sua eficácia (Sordi et al., 2009).

Associada à avaliação de VED, o mesmo autor sugere a avaliação funcional da deglutição através da VFD. Sordi et al. (2009) também o refere no seu estudo. Contudo, não desenvolve o assunto, por ser um exame de elevado custo e de mais difícil acesso. Logemann (2007) defende que a VFD é indicada apenas para pacientes com alteração na fase faríngea da deglutição. De contrário, se a alteração da deglutição é apenas oral não há necessidade de realizar o exame. Segundo van der Kruis et al. (2011) o exame caracteriza-se pelo uso de imagens sequenciadas que podem ser digitalizadas e analisadas detalhadamente através de aplicações de *software*. Nas imagens é visualizada a dinâmica da deglutição, usando vários tipos de agentes de contraste, a saber, pequena quantidade de bário líquido, pequena quantidade de elevada densidade de bário, bário sólido, refeição. A VFD permite avaliar todas as fases da deglutição, através de uma imagem radiológica e, conseqüentemente, verificar a presença de aspiração antes, durante e após a deglutição. De acordo com Gonçalves e Vidigal (2004) o objetivo deste exame é precisamente determinar se o paciente pode alimentar-se por via oral de forma segura, visto que permite visualizar a presença de aspiração e microaspiração, mesmo quando há alteração do reflexo de tosse. Facilita também o esclarecimento dos efeitos das manobras facilitadoras na deglutição. Contudo, este exame apresenta algumas contraindicações, nomeadamente, quando os pacientes apresentam na avaliação clínica sinais evidentes de aspiração em grande quantidade, que demonstrem comprometimento respiratório grave, reflexo de tosse comprometido, ausência do reflexo faríngeo, baixo

nível de consciência e instabilidade clínica relevante. Assim, torna-se necessário efetuar a anamnese e avaliação antes da realização do exame.

O procedimento adotado na VFD é com o paciente sentado, nas posições latero-lateral e ântero-posterior, tendo em consideração que o paciente deve realizar o exame na posição em que é habitualmente alimentado. As primeiras imagens são retiradas em repouso e só depois se inicia a oferta de alimento, que é ordenado por diferentes consistências, como supramencionado, atendendo ao desempenho do paciente. Este é instruído para colocar o alimento ou líquido com contraste na cavidade oral e deglutir apenas quando for solicitado. Habitualmente, este exame começa por captar o paciente de perfil e são realizadas duas deglutições de cada tipo de consistência (Logemann, 2007). Assim como a VED, este exame também facilita a visualização anatômica das estruturas (Ghidini et al., 2010). Contudo, a VFD contempla uma análise espacial, temporal e visuoperceptual mais completa.

Na sequência da avaliação sugerida por Ghidini et al. (2010), a avaliação respiratória tem o intuito de avaliar a influência dos tipos de ressecção das estruturas laríngeas, bem como da existência de bronquite crónica na curva do fluxo respiratório causado por laringectomia parcial. Também Logemann (1998) defende a importância da avaliação respiratória, considerando que as manobras de intervenção prolongam a apneia, que pode ser contraindicado para pacientes com problemas respiratórios. Esta avaliação deve ser constituída pela observação dos seguintes aspetos: tempo de deglutição de saliva relativamente ao ciclo respiratório (inspiração e expiração), o normal será o paciente expirar após a deglutição; coordenação entre respiração e deglutição e desencadeamento da tosse; tempo de apneia que o paciente aguenta de forma confortável; e capacidade de respiração nasal, pois é importante para a realizar durante a fase oral da deglutição. No que respeita à avaliação do discurso, está relacionada com a qualidade vocal (Ghidini et al., 2010).

Portanto, face ao exposto, Perry e Love (2001), citados por Takahata et al. (2011), afirmam que vários estudos excluem a avaliação da disfagia orofaríngea em pacientes inconscientes após AVC, pelo que estas formas de avaliação não se aplicam nestes pacientes. Este facto deve-se à dificuldade em executar algumas das provas de avaliação da deglutição.

2.6. *Intervenção em Disfagia*

Após a realização da anamnese e avaliação chega o momento de proceder à intervenção. Esta envolve uma equipa com vários profissionais de saúde, nomeadamente, médico de cuidados primários, pneumologista, terapeuta da fala, dietista, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, enfermeiro, dentista e os cuidadores (Marik & Kaplan, 2003, citados por Ebihara, et al., 2011a). A intervenção na disfagia orofaríngea depende dos dados clínicos obtidos nos procedimentos anteriores, mas tem como principal objetivo adequar o estado nutricional e hídrico do paciente e promover uma deglutição segura, eficaz e efetiva, aumentando a qualidade de vida (Ebihara, et al., 2011a). Também Logemann (2007) afirma que as estratégias utilizadas são selecionadas tendo em consideração as alterações verificadas na avaliação. Neste sentido, Karagiannis et al. (2011) sugerem que a intervenção em disfagia orofaríngea decorrente de AVC, por exemplo, em fase aguda deve ser desprovida da ingestão de líquido ou diminuída, pois esta consistência está na base de complicações pulmonares por disfagia orofaríngea. Num estudo sobre esta patologia Takahata et al. (2011) referem que a ingestão oral é mesmo diminuída. Com este intuito, uma das medidas a serem adotadas em pacientes com disfagia orofaríngea é a alteração da consistência e textura alimentar (Yamadura et al., 2010). Os líquidos passam a ser engrossados e os sólidos modificados (Macqueen, Taubert, Cotter, Stevens, & Frost, 2003), de modo a permitir uma melhor formação do bolo alimentar para deglutir (Yamadura et al., 2010). É devido a esta medida que muitos dos pacientes apresentam recusa alimentar (Macqueen et al., 2003). Yamadura et al. (2010) referem que existe já uma dieta para disfagia com alimentos processados e industrializados, com o intuito de aumentar o prazer alimentar destes indivíduos, sem aumentar o risco de aspiração. Contudo, a capacidade de deglutir as diferentes consistências varia de paciente para paciente. Assim sendo, estas devem ser determinadas consoante os dados obtidos na anamnese e avaliação.

Outra técnica de intervenção importante para reduzir o risco de pneumonia aspirativa é a higiene oral, que impede que as bactérias passem para além da cavidade oral. Além disto, a escovagem dos dentes estimula as gengivas, que, por sua vez, estimula o córtex insular e, conseqüentemente, o reflexo de deglutição e de tosse. No entanto, o reflexo de deglutição pode ser estimulado de outras formas, nomeadamente, com o uso de mentol e de alimentos mais condimentados (Ebihara, et al., 2011a).

Watando et al. (2004) sugerem ainda que, para estimular a deglutição deve usar-se alimentos a uma temperatura diferente à do corpo humano (que varia entre os 30° e os 40°C). Steele e Miller (2010) no seu estudo falam também da estimulação através do *input* sensorial, que conduz a uma estimulação das fibras sensoriais. Entre a estimulação sensorial podemos encontrar estímulos tácteis, químicos, térmicos e combinados dos três tipos. Os estímulos tácteis constituem estimulação com pressão leve e pesada, sopros de ar, diferentes volumes e viscosidades de alimentos. Enquanto os estímulos químicos incluem água, outras soluções, catiões e aniões. A estimulação sensorial pode, contudo, ser afetada por vários fatores individuais, nomeadamente os hábitos tabágicos.

Portanto, o clínico que avalia deve verificar qual a estratégia mais indicada para a intervenção no caso, isto é, se as manobras posturais são suficientes ou há necessidade de outro tipo de intervenção (Logemann, 2007).

van der Kruis et al. (2011), no estudo que realizaram, referem que muitos pacientes que apresentam disfagia orofaríngea têm melhorias quando se estimula a mobilização do osso hióide. Uma técnica que melhora esta mobilização é a deglutição supersupraglótica. No que se refere às manobras de intervenção Gonçalves e Vidigal (2004) sugerem algumas que podem ser testadas durante o exame de VFD. Os autores dividem-nas em manobras facilitadores, posturais, de proteção e limpeza. Entre as manobras posturais estão descritas: cabeça rebaixada, cabeça para trás, cabeça virada para o lado comprometido, cabeça virada e abaixada, cabeça inclinada para o lado não comprometido e inclinação corporal lateral ou para trás. Estas manobras, como voluntárias, são pouco eficazes em pacientes com problemas mentais, cujo estado cognitivo está rebaixado. O seu principal contributo é direccionar o *bolus* para o canal adequado (Logemann, 2007).

Welch et al. (1993), citados por Gonçalves e Vidigal (2004) e por Furkim (2004), e Logemann (2007) descreveram que a manobra de cabeça abaixada estreita a entrada da via aérea, empurrando a base da língua e a epiglote para trás, no sentido da parede posterior da faringe (Welch et al. (1993), citados por Gonçalves e Vidigal (2004) e por (Furkim, 2004). Gonçalves e Vidigal (2004) acrescentam que estas modificações permitem um aumento do espaço valecular, dando mais tempo para desencadear o reflexo de deglutição e impedindo a entrada de alimento na via aérea inferior. O abaixamento da cabeça é indicado para pacientes com atraso no disparo do reflexo faríngeo e com fechamento laríngeo durante a deglutição pouco eficiente. É

contraindicada para pacientes com diminuição da constrição faríngea e do controlo lingual.

A manobra de cabeça para trás foi descrita por Logemann (1998) por facilitar o movimento gravitacional do *bolus* em direção à faringe, diminuindo o tempo de trânsito oral (Logemann, 1983, citados por (Logemann, 2007). Está indicada para pacientes com diminuição do controlo de língua ou com remoção parcial de língua e contraindicada para pacientes com diminuição do controlo oral do *bolus* (Gonçalves & Vidigal, 2004; Logemann, 1998). Pode ainda ser complementada com a manobra de cabeça abaixada, de acordo com a necessidade do paciente (Furkim, 2004; Gonçalves & Vidigal, 2004) ou com a manobra supraglótica para proteger as vias aéreas.

No que se refere ao uso da manobra de cabeça virada para o lado comprometido, vem no sentido de ocluir o seio piriforme do mesmo lado (Kirchner, 1967, Logemann et al., 1989, citados por Logemann (1998) e por Gonçalves e Vidigal (2004). Permite direccionar o *bolus* para o lado mais forte (Logemann, 2007). Esta manobra é indicada para pacientes com fraqueza ou paralisia faríngea unilateral, fechamento deficiente da via aérea por diminuição da adução glótica (Logemann, 1998), e pacientes submetidos a laringectomias parciais, principalmente as unilaterais. Esta manobra pode ser associada à cabeça abaixada, constituindo uma manobra específica, que agrega os benefícios das duas, que podem não ser eficazes quando realizadas isoladamente. Furkim (2004) concorda e cita Logemann (1989), que acrescenta que esta técnica permite aumentar a abertura do EES.

A manobra de cabeça inclinada para o lado não comprometido consiste na introdução do alimento na cavidade oral com a cabeça já nesta posição (Gonçalves & Vidigal, 2004). A vantagem desta manobra é que permite uma deglutição mais eficaz em pacientes com disfunção unilateral da língua associada a alterações da faringe (Logemann, 1998). Assim, esta inclinação deve ser para o lado não comprometido, de forma a aproveitar a ajuda da gravidade (Logemann, 1998, 2007). Furkim (2004) considera também que a inclinação para o lado comprometido pode ser usada como manobra de intervenção.

Relativamente à manobra de inclinação corporal lateral ou para trás é utilizada em pacientes que aspiram após a deglutição (Gonçalves & Vidigal, 2004; Logemann, 2007), que não apresentem aumento de quantidade de resíduo após deglutições

sucessivas. Esta manobra tem a contraindicação de não poder ser usada em pacientes com refluxo gastroesofágico ou outro problema gástrico ou esofágico, devido ao retorno de alimento para a faringe (Gonçalves & Vidigal, 2004).

As manobras posturais podem, no entanto, não ser eficazes, quando, por exemplo, o problema do paciente é na fase oral. Nestes casos trata-se de uma alteração sensorial que deve ser melhorada com diferentes tipos de texturas e características do alimento (Logemann, 2007).

Entre as manobras voluntárias de proteção das vias aéreas estão: deglutição supraglótica, deglutição supraglótica estendida, deglutição super-supraglótica e manobra de Mendelshon (Gonçalves & Vidigal, 2004).

Na primeira manobra o paciente deve seguir as instruções de inspirar, prender a respiração e ocluir o traqueostoma (se o tiver), deglutir e tossir imediatamente após a deglutição (Gonçalves & Vidigal, 2004; Logemann, 1998). Tem como objetivo principal o fechamento laríngeo antes e durante a deglutição, de modo a evitar a aspiração (Logemann, 1998), por aduzir as regas vocais (Logemann, 2007). Esta manobra pode ser pouco eficaz em pacientes sujeitos a laringectomia parcial extensa ou com paralisia bilateral das pregas vocais em abdução (Furkim, 2004; Gonçalves & Vidigal, 2004).

A manobra de deglutição supraglótica estendida é semelhante à anterior, mas após prender a respiração instrui-se o paciente a colocar a cabeça para trás, conduzindo o líquido para a faringe. Ainda durante esta apneia o paciente deve deglutir várias vezes de forma a limpar a maior quantidade de líquido possível e só então tossir. Esta variação da manobra supraglótica é indicada para paciente com diminuição acentuada da mobilidade ou do volume da língua, causado por cirurgia de cabeça e pescoço, com pouco ou nenhum trânsito oral, o que implica uma maior necessidade de ingestão de líquidos para ajudar na deglutição. À medida que o paciente vai sendo mais eficiente no uso da manobra, vai aumentando a quantidade de ingestão oral com a mesma (Gonçalves & Vidigal, 2004).

Outra variação da manobra de deglutição supraglótica é a manobra de deglutição super-supraglótica, que difere da primeira no momento da sustentação da respiração que deve ser forte e depois fazer uma força semelhante à da força realizada durante a defecação. Desta forma, a entrada da via aérea fecha por forçar a rotação anterior da

aritrnóide (Gonçalves & Vidigal, 2004). Esta manobra provoca um apertamento da via aérea (Logemann, 2007).

A última manobra de proteção descrita por Gonçalves e Vidigal (2004) é a manobra de *Mendelshon*. Esta visa melhorar a elevação laríngea e, assim, aumentar o tempo e o grau de abertura do segmento faringoesofágico durante a deglutição. A realização da manobra é através da elevação laríngea com ou sem o auxílio da mão e mantê-la até ao fim da deglutição. Em casos de pacientes com baixo nível de consciência ou com dificuldades motoras, o terapeuta pode executar a manobra com a sua mão.

Por fim, as manobras voluntárias de limpeza dos recessos faríngeos são: (1) intercalar deglutição de sólidos com líquidos (mais usada em pacientes cuja deglutição de saliva não cumpre a sua função de limpar a faringe após a deglutição); (2) deglutição com esforço (que aumenta o movimento posterior da base da língua, permitindo uma melhor limpeza valecular); (3) deglutições múltiplas (consiste em deglutir várias vezes consecutivas, que aumenta a abertura do segmento faringoesofágico); (4) estalos de lábios protruídos (provoca o estiramento da musculatura facial e do pescoço, movendo os resíduos na valécua), e deglutição em seguida; (5) lateralização da cabeça (que é realizada para ambos os lados e associada a posterior deglutição, pois há a movimentação do *bolus* presente nos seios piriformes); (6) emissão de fonemas guturais (que provoca um movimento posterior de língua, como na emissão “ri ri ri”, favorecendo a limpeza da valécua, pelo que deve deglutir em seguida); (7) escarro (que permite fazer uma limpeza das vias aéreas e/ou seios piriformes por força gutural); e (8) valsalva modificado (que também tem a função de limpar o resíduo existente nos seios piriformes através das instruções de inclinar a cabeça para trás, insuflar as bochechas e soprar com esforço e, por fim, deglutir) (Gonçalves & Vidigal, 2004).

Gielow (2004), por seu turno, especifica alguns exercícios para reabilitar a disfagia decorrente da cirurgia de cabeça e pescoço. Assim quando o cancro se localiza na cavidade oral, a autora sugere: exercícios envolvendo mobilidade de língua; movimentação da mandíbula, exercícios de controlo de bolo alimentar, exercícios para estimular o disparo do reflexo de deglutição, manobras de proteção voluntária das vias aéreas inferiores, seleção da consistência alimentar, posicionamento do alimento na cavidade oral, identificação da postura mais adequada e limpeza da faringe após deglutição.

Contrariamente à intervenção da disfagia no cancro é a disfagia neurológica, que deve iniciar com a higiene oral, promover a sensibilidade e estimular os sentidos do olfato, visão e paladar (Furkim, 2004). A mesma autora distingue a importância de avaliar a necessidade de terapia direta e indireta (analogamente à avaliação). Antes de iniciar a terapia com alimento, deve ser estimulada a mobilidade do sistema estomatognático⁵. Posteriormente pode introduzir-se alimento e usar alguns exercícios em simultâneo, tais como: as manobras posturas e manobras facilitadoras. A terapia indireta está relacionada com a estimulação da força, mobilidade e sensibilidade das estruturas envolvidas na deglutição (no sistema estomatognático), sem a introdução de alimento. Enquanto a terapia direta já tem introdução de alimento durante a terapia. Dentro das manobras posturais Furkim (2004) explora a de cabeça fletida, de cabeça virada para o lado comprometido, de cabeça inclinada tanto para um lado como para o outro e a de cabeça para trás. Já nas manobras facilitadoras, a autora refere a tosse voluntária, manobra de Mendelshon, língua entre os dentes, supraglótica, super-supraglótica, deglutição com esforço, deglutições secas e técnica de valsalva. É, ainda, importante salientar que estas manobras podem ser usadas em pacientes com baixo nível cognitivo, sendo que, geralmente, há necessidade de apresentar o alimento para poder realizar os exercícios.

Destas manobras mencionadas apenas quatro ainda não foram explicadas. Neste sentido, a tosse voluntária consiste numa manobra de proteção laríngea, uma vez que o paciente deve tossir após deglutir. A língua entre os dentes implica uma maior contração dos músculos constritores da faringe e, por isso, é usada em casos de fraqueza, parestesia ou hipotonia dos músculos da faringe. Outra manobra de proteção é a tosse seca, que, como o próprio nome indica, consiste em deglutir sem alimento após a deglutição, de modo a limpar os resíduos faríngeos. No que concerne à técnica de valsalva, a autora descreveu como uma força de contração semelhante à usada na defecção. Esta técnica permite abrir o EES, promovendo a contração muscular dos grupos adjacentes, mas não pode ser usada por pacientes com problemas cardíacos, pulmonares ou intestinais.

Face ao exposto, a reabilitação na disfagia orofaríngea parece apenas ser possível em pacientes conscientes. Contudo, Ebihara, et al. (2011a) sugerem que há a possibilidade de diminuir o risco de aspiração em pacientes com disfagia orofaríngea e

⁵ Sistema cujas estruturas estão relacionadas com as funções de fala, respiração, sucção, mastigação e deglutição.

com consciência diminuída, onde não é possível a terapia oral, através da aromoterapia. Apesar de ainda não estar provada a sua eficácia, Ebihara et al. (2006) verificaram que o uso de óleo de pimenta preta parece ter estimulado o reflexo de deglutição em estagiários de enfermagem. Através de um estudo de tomografia constatou-se que, com a aromoterapia, há um aumento do fluxo sanguíneo cerebral no córtex cingulado anterior do lado direito e no córtex insular do lado esquerdo (Ebihara et al., 2006), onde se encontram alterações quando há pneumonia de aspiração (Okamura et al., 2004). Por outro lado, Munakata et al. (2008) concordou, verificando melhores resultados em idosos e crianças.

Relativamente aos tratamentos médicos possíveis, Logemann (2007) defende que até à data ainda não há tratamento médico que promova o mecanismo orofaríngeo, pelo que devem ser usadas manobras indutoras do mesmo. Há procedimentos cirúrgicos para alterações específicas do processo de deglutição, aos quais se recorre no caso da terapia comportamental não surtir os efeitos desejados. Um procedimento é a miotomia do cricofaríngeo, que é o corte no músculo homónimo de modo a abrir o EES (Jacob set al, 1999, citados por Logemann, 2007). Usam-se também injeções nas pregas vocais ou até nas aritnóides que aumentam a coaptação glótica e consequente proteção da via aérea inferior (Logemann, 2007).

Em última instância, quando o paciente apresenta um aumento da dificuldade de deglutição ou do perigo de aspiração, assim como quando está inconsciente ou recusa a alimentação, Leibovitz (2011) sugere o uso de SNG. Porém, esta decisão levanta questões médicas, emocionais e éticas importantes, pelo que tem que ser pensada em equipa, incluindo os familiares do paciente.

3. DISFAGIA NO ÂMBITO DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Após enquadramento da realidade dos CP e das disfagias orofaríngeas, surge agora o momento de explorar o que a literatura sugere relativamente à presença desta patologia nesta realidade. Depois de uma análise exaustiva das bases de dados, foi possível verificar que a bibliografia neste âmbito é escassa, tendo sido encontrados poucos artigos que sustentem o estado da arte deste capítulo. Contudo, Addington-Hall et al. (1998), citado por Roe (2004) e por Eckman e Roe (2005), verificou que mais de 68% dos pacientes com cancro e 48% dos pacientes com outros diagnósticos integrados em CP apresentam disfagia decorrente da doença. Cheville (2001), citado por Roe (2005), referiu também que a disfagia ocorre frequentemente em pacientes com cancro avançado, pela doença ou pelos efeitos secundários da mesma. Entre estes sintomas encontram-se a xerostomia, radioterapia, quimioterapia, oxigenoterapia, medicamentos (como opióides, que contribuem para a xerostomia), mucosites e alterações da sensibilidade (Roe, 2005). Regnard e Tempest (1998), citados por Roe (2005), especificam mesmo que esta prevalência está nos 23% e Roe, Leslie, e Drinnan (2007), refere 46% para a prevalência de disfagia nas últimas semanas de vida em pacientes com cancro.

Tal como já foi explicado no capítulo anterior, Pinto (2009b) descreve que o papel do terapeuta da fala nos CP inclui a intervenção em disfagia orofaríngea, pelo que sugere a existência desta patologia neste âmbito. Porém, apesar de já se evidenciar a disfagia nos CP em geral, a maioria das vezes fala-se em pacientes com cancro de cabeça e pescoço, o que não é representativo de toda a população presente nestes cuidados com disfagia. A etiologia da disfagia em caso de cancro esofágico ou de cabeça e pescoço, geralmente, relaciona-se com a presença do tumor, a recessão cirúrgica e as limitações provocadas pela radiação e citotoxicidade (Roe, 2005). Roe et al. (2007) acrescenta que a disfagia pode associar-se também a outros tipos de cancro, a saber: pulmonar, mamário, pancreático, colonorrectal e hematológico. No entanto, os sintomas apresentados pelos indivíduos foram variáveis. Muitos pacientes, por exemplo, apresentam disfonia, o que pode sugerir uma diminuição da coaptação glótica e consequente diminuição da proteção da via aérea inferior. Para Langmore, Grillone,

Elackattu, e Walsh (2009) a evolução da doença constitui, por si, um fator predisponente da disfagia, havendo necessidade de um acompanhamento constante.

Stringer (1999) já havia estudado que a disfagia é um problema comum nestes pacientes, merecendo atenção como todos os restantes sintomas no sentido de aumentar o bem-estar e conforto do paciente, assim como, segundo Roe (2004) e Roe (2005) promover a qualidade de vida e controlar os sintomas. Atualmente, já há estudos que demonstram que a disfagia tem impacto na qualidade de vida (Roe, 2005; Roe et al., 2007). Roe et al. (2007) no seu estudo concluiu que alguns pacientes referem maior impacto da disfagia na qualidade de vida do que o demonstrado nos resultados de um exame objetivo. Os pacientes que apresentavam sintomas mais severos e um impacto mais negativo no questionário faleceram após cerca de 10 dias. Também Leal e Carvalho (2010) abordam o tema da disfagia orofaríngea no âmbito dos CP. Os autores afirmam que a disfagia tem um impacto negativo tanto no ato de comer, como na vida social, afetando, assim, a qualidade de vida dos pacientes. Posto isto, o ensino alimentar é fundamental para promover a qualidade de vida do paciente.

Eckman e Roe (2005) descrevem a necessidade do terapeuta da fala intervir na disfagia com o intuito de: fazer uma avaliação objetiva; ensinar o paciente e a sua família a conviverem com este distúrbio, a recorrerem às estratégias compensatórias, a conhecerem os riscos envolvidos e a usarem a dieta/textura adequada; e realizar a terapia direta. Pode, ainda, haver a necessidade de avaliar a possibilidade de alimentação por via oral ou suspender a mesma. De acordo com Roe (2004) esta intervenção deve ser precoce, o que muitas vezes não acontece e, portanto, os pacientes deixam de beneficiar da mesma. Muitos pacientes demonstram também pouca aceitação face aos CP ou iniciam um processo de descrédito face à intervenção que ainda é possível, desistindo da mesma.

Macmillan et al. (2000) aborda também a questão das necessidades de alimentos e líquidos no âmbito dos CP. Os autores referem que os pacientes integrados nestes serviços experimentam, com frequência, redução de apetite, dificuldades de digestão, perda de peso, alteração de paladar e consequente diminuição do prazer alimentar (que, por vezes, é temporário) e exacerbação das sensações alimentares, considerando os alimentos muito doces e muito azedos. Os pacientes em fase final de vida apresentam frequentemente desconforto alimentar, o que lhes reduz muito a vontade de comer e, consequentemente, o apetite e a sede, apesar de a desidratação contribuir para o

aumento do desconforto (Cinocco, 2007). Também The Allied Health Professions Palliative Care Project Team, citado por Roe (2005), defende a existência de perda de peso, fraqueza e diminuição do apetite. Alguns pacientes experimentam também dificuldades, contribuindo para a dificuldade de executar a apneia da deglutição (Roe, 2005). Leal e Carvalho (2010) sugerem que algumas das alterações que estão mais frequentemente na base da disfagia em CP são a candidíase, mucosite, inflamação faríngea e obstrução por massas. Neste sentido, a ingestão oral diminui muito nos pacientes terminais, o que preocupa frequentemente a família dos pacientes. Dar alimento e água a um paciente tem um significado simbólico de cuidado e solidariedade. No entanto, quando um doente em fase terminal não se quer alimentar ou hidratar, tradicionalmente não se força o paciente a ingeri-los (Pessini, 2006).

De acordo com Pinto (2009b) nos últimos dias de vida, o metabolismo do paciente fica alterado, aumentando as dificuldades de digestão. O paciente começa, então, a fazer jejum, que desencadeia a cetonemia (uso de cetonas como fonte energética por parte do cérebro). Esta, por sua vez, provoca um estado de euforia que proporciona alívio da dor. Por outro lado, Pessini (2006) refere que a tentativa de forçar o paciente a alimentar-se por via oral pode desencadear vômitos, seguido de aspiração e até morte. Mesmo os fluidos intravenosos, que podem ajudar os doentes com desidratação, podem também causar edema, náusea e dor.

Em contrapartida, Querido e Guarda (2010) reforçam a importância da hidratação destes pacientes. Estes autores realçam que a hidratação é fundamental para manter a homeostase do paciente nos últimos dias de vida. De contrário, a desidratação pode agravar a astenia, a disfagia, as náuseas, a hipotensão postural, a febre sem causa infecciosa associada, o risco de úlceras de decúbito, a obstipação, a falta de concentração e a confusão. Não obstante, também a sede, boca seca, alterações cognitivas, mioclonias, hiperalgesia, alodinia e convulsões do tipo “grande mal” podem ocorrer, apesar de serem sintomas que, por vezes, se confundem com a doença principal. Contudo, em doentes com dificuldades de deglutição, a ingestão de líquidos deve ser realizada com cuidado. Por vezes, é necessário recorrer ao espessamento de líquidos (usando espessante, gelatina e pectina). Em casos extremos de disfagia pode recorrer-se ao uso de humidificador ou nebulizador. Assim sendo, no caso da hidratação é necessário decidir se esta vai ser realizada por via oral ou parentérica. Segundo os mesmos autores, a forma mais segura e simples de o fazer é por hipodermóclise.

Macmillan et al. (2000) sugerem algumas estratégias para aumentar o prazer alimentar e a ingestão oral. Estas estratégias são no sentido de alteração da dieta, nomeadamente, no uso de novos temperos, evitando que sejam muito intensos, uso de fontes proteicas para além da carne (devido à possível aversão por esta textura), fornecimento de refeições leves e muito calóricas, uso de alimentos macios e de fácil mastigação e digestão, entre outras estratégias com as quais o paciente se sinta melhor. Estas estratégias dependem de paciente para paciente e deve ser considerada a possibilidade deste ter alterações nas suas preferências alimentares nesta fase.

Outras estratégias que podem contribuir para um menor cansaço e maior funcionalidade geral são de posicionamento. É importante que a cabeceira da cama esteja elevada durante a ingestão e a digestão, e que a sua cabeça esteja bem apoiada. É, ainda, importante ter em atenção a quantidade de alimento oferecida, que deve ser pouca de cada vez, os alimentos devem ser fáceis de comer com a mão para aumentar a independência, ou usar uma colher com cabo mais comprido, e não oferecer alimentos sólidos misturados com líquidos (Macmillan et al., 2000). Assim como as mudanças posturais também as mudanças de texturas dos alimentos e bebidas são aconselháveis para estes pacientes, visto exigirem pouco esforço.

Pode, então, ser considerada a intervenção com terapia direta, tendo sempre em consideração a fadiga que o indivíduo apresenta (Roe, 2005). É, ainda, necessário considerar que o paciente pode ter náuseas e vômitos durante a alimentação, pelo que se deve estar atento para o ajudar a regurgitar se for necessário, isto é, é necessário ter alguma bacia disponível para apresentar ao paciente no caso de ele precisar (Macmillan et al., 2000). Por seu turno, Roe (2004) sugere que o objetivo da reabilitação nestes pacientes prende-se sem a manutenção da função e aumento da independência o maior tempo possível, aliviando também a sobrecarga sofrida pelos cuidadores.

Para pacientes com disfagia orofaríngea, Leal e Carvalho (2010) sugerem que o tratamento pode ser por corticoterapia, quando há “compreensão extrínseca” ou disfunção dos pares cranianos. Quando o problema é um aumento da produção de saliva que pode conduzir à aspiração, o tratamento pode ser por anticolinérgico. Há ainda algumas estratégias importantes a ter em atenção no momento da alimentação, a saber: comer sentado, fazer refeições fracionadas e frequentes, mastigar bem os alimentos e deglutir devagar, não ingerir alimentos secos e gelatinosos, não fazer extensão de

cabeça na deglutição de líquidos, ingerir bebidas com gás durante e após a refeição e aumentar a ingestão de líquidos.

O clínico deve estar sempre atento aos sinais e sintomas que permitem avaliar a continuidade ou desistência da terapia tradicional. Deve considerar os seguintes fatores: queixas de pigarro, tosse, dificuldades de respiração e sonolência persistentes durante o processo de alimentação, estado mental alterado, alterações no diagnóstico médico, como surgimento de novas patologias, introdução de novos medicamentos, pneumonias de aspiração repetidas, perda de peso ou desidratação significativas, que justifique o uso de alimentação enteral, acúmulo de saliva na região laríngea e dificuldade de proteção das vias aéreas, e verificação radiológica de dificuldades de deglutição (Langmore et al., 2009).

De acordo com Waller e Caroline (1996), citados por Leal e Carvalho (2010), no *Handbook of Palliative Care in Cancer*, o tratamento da disfagia pode ainda ser diretamente nos sintomas etiológicos. Neste sentido, os autores consideram o uso dos seguintes medicamentos/orientações: (1) analgesia +, cetoconazol, fluconazol e nistatina, para o tratamento da candidíase; (2) dieta mole e abster-se de comidas quentes, para o tratamento da mucosite pós-quimioterapia; (3) indometacina, para o tratamento da mucosite posterior a radioterapia; (4) dexametasona, para o tratamento da inflamação perineural; (5) dexametasona, radioterapia, quimioterapia e *stent* extensível de metal, para o tratamento da obstrução mecânica; e (6) redução de secreções, associada a escopolamina, para o tratamento da obstrução total.

Face ao exposto, a alimentação e hidratação por via oral, em pacientes em fase terminal, deve ser muito bem ponderada, visando sempre aumentar o prazer alimentar, reduzir o gasto energético e, assim, aumentar a qualidade de vida (Pessini, 2006). Assim sendo, quando nenhum destes tratamentos parece resultar, torna-se necessário recorrer a medidas mais radicais, como procedimentos cirúrgicos, entre os quais, traqueostomia para melhorar a respiração e outras medidas cirúrgicas permanentes. Pode, então, ser imperativo a suspensão da alimentação por via oral devido ao elevado risco de aspiração, tal como já foi descrito no subcapítulo anterior. Para a tomada desta decisão e da decisão de colocar um meio alternativo ou até aumentativo de alimentação é, ainda, mais importante a discussão em equipa, envolvendo o doente e família no processo. Esta é uma decisão que além de clínica deve ter em atenção todos os princípios éticos (Eckman & Roe, 2005; Roe, 2004).

A colocação de uma SNG ou gastrostomia pode ter consequências graves. O facto, por exemplo, destas pessoas não necessitarem de se sentar à mesa no mesmo momento que as restantes pessoas promove isolamento social. Há mesmo evidências de aumento da mortalidade devido à introdução de SNG. Porém, os constantes engasgos com a comida também constituem por si uma frustração e diminuem a vontade do indivíduo para comer, para além de aumentarem o risco de desenvolver pneumonia. A solução parece ser envolver o paciente e/ou família no processo, explicando toda a envolvimento, como causas e consequências tanta da disfagia como da SNG ou gastrostomia. Esta alimentação alternativa sempre que possível, deve ser aumentativa, ou seja, combinar a alimentação por SNG ou gastrostomia com a alimentação por via oral, principalmente no sentido de reduzir a sensação de boca seca (Langmore et al., 2009). Mesmo quando alimentados por SNG ou gastrostomia ou a combinação com a via oral, pode haver um risco de pneumonia, devido a alguns fatores, a saber: segurança e cuidado alimentar ou autoalimentação (como postura, volume do *bolus*), medidas de higiene oral, diminuição da capacidade respiratória, manutenção do paciente mais ativo possível, acordado durante o dia e o refluxo gastroesofágico noturno (Langmore et al., 2009).

Como consequência, a disfagia resulta em diminuição da sobrevivência (Vigano, et al., 2000, citados por Roe et al., 2007). Independentemente de quais forem as decisões tomadas, é sempre fundamental haver uma reflexão interdisciplinar, juntamente com a família, centrada no doente, visando sempre o aumento do conforto e da qualidade de vida naquele momento da vida do paciente (Querido & Guarda, 2010; Roe, 2005).

Muitos pacientes integrados em CP não conhecem a existência da reabilitação para melhorar o estado da deglutição, e por isso, conformam-se com a situação. Contudo, este é um fator impactante na qualidade de vida, pelo que devem ser reabilitados, considerando os objetivos supracitados.

Concretamente no que respeita à avaliação e intervenção funcional da disfagia, nas estruturas envolvidas da deglutição e a prevalência da mesma em pacientes em CP em Portugal não foi encontrada bibliografia.

4. HIPÓTESE DE TRABALHO

Face ao exposto nos capítulos anteriores, torna-se agora pertinente esclarecer quais as hipóteses em estudo. Após compreender a realidade dos CP e a envolvimento da disfagia orofaríngea, considera-se que o objetivo geral deste estudo é verificar qual a prevalência de disfagia orofaríngea em pacientes integrados em UCPs. Foram, então, determinados os seguintes objetivos específicos:

- Verificar quais as patologias que estão na base da disfagia orofaríngea em CP;
- Analisar a relação da disfagia orofaríngea e os CP;
- Analisar os graus de severidade de disfagia orofaríngea presentes nos CP;
- Avaliar a deglutição dos pacientes integrados em CP.

Como forma de conseguir alcançar estes objetivos, definimos a seguinte questão orientadora: Qual será a prevalência de disfagia orofaríngea em pacientes adultos integrados em UCPs?

Posto isto, como forma de responder a esta questão, serão colocadas as seguintes hipóteses:

H1 – Há uma elevada prevalência de disfagia orofaríngea em pacientes adultos integrados nas UCPs, com diagnóstico clínico de doença neurológica.

H2 – Há uma elevada prevalência de disfagia orofaríngea em pacientes adultos integrados nas UCPs, com diagnóstico clínico de cancro de cabeça e pescoço.

H3 – A proporção de disfagia orofaríngea em pacientes adultos integrados nas UCPs, com diagnóstico clínico de doença neurológica é a mesma proporção dos que têm diagnóstico clínico de cancro de cabeça e pescoço.

Portanto, pode dizer-se que as variáveis em estudo são: a disfagia orofaríngea, os pacientes adultos integrados nas UCPs, com diagnóstico clínico de doença neurológica e os pacientes adultos integrados nas UCPs, com diagnóstico clínico de cancro de cabeça e pescoço.

5. MATERIAIS E MÉTODOS

O desenho do estudo que se pretende realizar é observacional-descriptivo transversal. Este caracteriza-se por ser um estudo focado num único grupo representativo da população em estudo, cujos dados são recolhidos num só momento. O método é epidemiológico, pois visa estudar a prevalência de uma patologia (Ribeiro, 2010).

Para a concretização de um estudo é essencial a definição da população e da amostra intervenientes. Assim, Ribeiro (2010) e Almeida e Freire (2008) definem população como o conjunto total de indivíduos dos quais se pretende tirar conclusões, conforme o fenómeno estudado. Neste caso específico, a população é constituída pelos pacientes adultos integrados em UCPs, com diagnóstico base de doença neurológica e/ou cancro de cabeça e pescoço, na região norte de Portugal Continental. Assim sendo, de acordo com os dados obtidos na página *web* da RNCCI, pôde apurar-se que existem 7 UCPs no norte do país, a saber: Centro Hospitalar Nordeste – Hospital Macedo Cavaleiros (em Macedo de Cavaleiros), UCP O Poverello (em Braga), Instituto Português de Oncologia do Porto, EPE (no Porto), Mutivaze - Empreendimentos Imobiliários, Lda., Unidade Convalescença Wecare (na Póvoa de Varzim), Hospital Cândido de Figueiredo (em Tondela), Hospital de Nossa Senhora da Assunção (em Seia), Hospital Arcebispo João Crisóstomo (em Cantanhede) (Cuidados Continuados, 2012).

Contudo, devido à falta de recursos, tais como, tempo, economia, acessibilidade e desinteresse estatístico para analisar a totalidade dos indivíduos, o investigador considera apenas uma parte da população. A este conjunto de indivíduos extraídos de uma população designa-se de amostra, que deve ser representativa das características da população para que as conclusões retiradas possam ser generalizadas para a mesma (Almeida & Freire, 2008; Ribeiro, 2010). Posto isto, a amostra do corrente estudo irá ser constituída por cerca de 100 dos pacientes adultos integrados em UCPs, com diagnóstico base de doença neurológica e/ou cancro de cabeça e pescoço, na região norte de Portugal Continental.

Considerando que os indivíduos adultos têm idades superiores a 18 anos, neste estudo serão incluídos apenas estes indivíduos. De acordo com a literatura, os pacientes

pouco colaboradores não permitem conclusões concretas relativamente à deglutição. Assim sendo, neste estudo participaram apenas os pacientes com Escala de Coma de Glasgow⁶ (anexo A) superior a 7 e considerados colaboradores. Como das patologias presentes nas UCPs mais frequentemente causadores de disfagia orofaríngea são as doenças neurológicas e o cancro de cabeça e pescoço, considera-se relevante que apenas indivíduos com estas patologias de base participem no estudo. Todos os indivíduos da amostra têm, ainda, que estar integrados em UCPs localizadas na região norte do país. Deste modo, consideram-se os seguintes critérios de exclusão da amostra no estudo: indivíduos com idade inferior a 18 anos, pacientes com escala de Glasgow inferior a 7 e não colaboradores, indivíduos integrados em UCPs no centro e sul de Portugal Continental. É, ainda, de referenciar que a amostra apresentará uma distribuição equitativa em relação à variável sexo.

Para selecionar esta amostra é necessário recorrer a um processo denominado de amostragem. No presente estudo, o método utilizado para a selecionar será o de amostragem aleatória simples, que consiste num método, cujos elementos da população têm todos a mesma probabilidade de serem incluídos na amostra (Ribeiro, 2010). Este tipo de amostra é representativo e, portanto, estatisticamente significativo, sendo que a desistência de um caso não afeta os restantes (Almeida & Freire, 2008; Hill & Hill, 2002).

Para a realização deste estudo serão levados a cabo alguns procedimentos essenciais. Inicialmente será enviado por correio registado um pedido de autorização a todas as entidades responsáveis por UCPs, no sentido de solicitar a realização deste estudo nas respetivas unidades. Após obter esta autorização, proceder-se-á à recolha dos dados da amostra, através da avaliação da deglutição dos pacientes que concordem com a mesma, de forma voluntária e confidencial. Esta avaliação é realizada no local onde o paciente se encontra a usufruir dos CP.

Posto isto, o instrumento de recolha dos dados da amostra selecionada será constituída pelas partes II e III (Anamnese e Avaliação Fonoaudiológica, respetivamente) do Protocolo de avaliação funcional da deglutição, proposto por

⁶ A Escala de Coma de Glasgow tem a finalidade de avaliar os doentes com lesões cranianas, mas é também utilizada para uma grande variedade de doentes neurológicos. O valor total obtido é o somatório de três escalas: abertura dos olhos, resposta verbal e resposta motora (Anexo C). Permite, assim, saber qual a capacidade de resposta do utente (Bruegge & Forsyth, 1999).

(Santoro et al., 2011) (anexo B). A escolha deste protocolo de avaliação deveu-se ao facto de já ter sido testado e, consequentemente, publicado, bem como por ter sido elaborado recentemente, o que sugere que se adequa mais aos parâmetros atuais, é de simples aplicação, pouco dispendioso e facilmente replicável. É, ainda, um protocolo bastante completo, do ponto de vista do estudado na literatura, facilitando o diagnóstico de disfagia. As duas partes utilizadas do protocolo, como já foi mencionado, são constituídas por uma anamnese e avaliação clínica subjetiva. A anamnese contempla o registo dos dados clínicos do paciente, tais como diagnósticos, exames, medicação e outros tratamentos, as dificuldades sentidas e descritas pelo paciente no âmbito da deglutição e o meio de alimentação de que usufrui. A avaliação consiste na análise dos seguintes parâmetros: estado geral, linguagem oral, respiração, morfologia e mobilidade dos órgãos fonoarticuladores, dentição, sensibilidade oral, reflexos, voz, fala e avaliação de deglutição de saliva e alimento.

De acordo com os autores do protocolo, este compreende duas etapas: avaliação indireta (sem alimento) e avaliação direta (com alimento). A primeira é constituída por questões, observação, toque e solicitação de movimentos. Compõe, então, toda a anamnese e avaliação até à deglutição de saliva. Posteriormente é introduzido alimento, constituindo, assim, a segunda etapa. Esta subdivide-se em três etapas: preparação das consistências, a postura do paciente e oferta da dieta para avaliação da deglutição. As consistências são idênticas às já descritas no enquadramento teórico, sendo líquida, líquido engrossado, pastoso e sólido. Na consistência líquida é administrada água engarrafada à temperatura ambiente. Tanto a consistência líquida engrossada como pastosa são obtidas através do uso de espessante alimentar, à base de amido, adicionado à água engarrafada, de acordo com a descrição de consistências do produto: 4,5g e 9,0g de espessante por 100ml de água, respetivamente. Para a consistência sólida é usada uma bolacha de água e sal. No que concerne à postura do paciente, é importante que o paciente esteja o mais próximo possível da postura adotada numa refeição “normal” (sentado, com controlo cefálico e com leve flexão do abdómen). Por fim, a oferta da dieta respeita a seguinte sequência (sendo que, à exceção do sólido, as consistências são colocadas diretamente na cavidade oral do paciente através de uma seringa), até onde a capacidade do paciente permitir:

- Líquidos (3ml, 5ml, 10ml e goles livres);
- Líquidos engrossados (3ml, 5ml, 10ml e goles livres);

- Pastosos (3ml, 5ml e 10ml);
- Sólidos ($\frac{1}{4}$ de bolacha, correspondendo a $3,6\text{cm}^3$).

Este protocolo é ainda constituído pela avaliação otorrinolaringológica, através da VED, que neste estudo não será realizada. Deste modo, a classificação de severidade da disfagia utilizada neste estudo não pode ser utilizada, visto que contempla toda a avaliação.

Como tal, será utilizada a classificação proposta por Silva (1997), citada por Silva et al. (2010, p. 77), que divide a disfagia em três graus de comprometimento, considerando a avaliação clínica:

- Disfagia leve: “alteração do esfíncter labial, incoordenação de língua, atraso para desencadear o reflexo de deglutição, ausência de tosse, sem redução acentuada da elevação da laringe, sem alteração da qualidade vocal após a deglutição e auscultação cervical sem alteração.”

- Disfagia moderada: “alteração do esfíncter labial, incoordenação de língua, atraso do reflexo de deglutição, ausência de tosse, presença de tosse antes, durante ou após a deglutição.”

- Disfagia grave: “atraso ou ausência do reflexo de deglutição, redução na elevação da laringe, ausência de tosse, presença de tosse antes, durante ou após a deglutição, alteração da qualidade vocal após a deglutição, alteração respiratória evidente, deglutição incompleta e auscultação cervical alterada.”

Do ponto de vista da caracterização sociodemográfica da amostra será elaborada uma folha de registo (anexo C), que deve ser preenchida pelo avaliador antes de iniciar a aplicação do protocolo acima referido ou consultado no processo central do utente.

A fim de realizar esta investigação será necessário utilizar algum material, a saber:

- Protocolo de avaliação
- Água engarrafada
- Espessante alimentar
- Bolachas de água e sal
- Seringas graduadas

- Estetoscópio neonatal
- Oxímetro de pulso

Após a recolha dos dados da amostra, irá proceder-se ao tratamento dos mesmos através da utilização do programa de análise estatístico SPSS 21.0 (Statistical Package for the Social Sciences). Para a caracterização da amostra e cálculo da prevalência das variáveis, será utilizada a estatística descritiva. A única medida de tendência central calculada nesta investigação é a moda, uma vez que é o valor que ocorre mais frequentemente. A fim de relacionar as variáveis com os dados sociodemográficos, serão calculados os respetivos coeficientes de correlação. Como a distribuição dos valores não se realiza normalmente, de forma simétrica, numa curva tipo sino, o nível de mensuração das variáveis desta investigação é nominal, pelo que os testes estatísticos utilizados serão testes não-paramétricos, nomeadamente, o teste do qui-quadrado e o coeficiente *fi*. (Levin & Fox, 2009; Ribeiro, 2010).

Na apresentação final dos resultados serão elaborados gráficos de barras, cujo eixo do *x* corresponderá à ausência ou presença de disfagia, nos seus diferentes graus, e o eixo do *y* será relativo à quantidade de vezes que estes se repetem, e gráficos em sectores (tipo queijo), onde ficará visível a percentagem entre presença e ausência de disfagia. Estes são os tipos de representações gráficas mais adequadas para este nível de mensuração. Para representar a caracterização da amostra serão ainda elaboradas tabelas 2X2 e outras, conforme as necessidades (Levin & Fox, 2009).

Para levar a cabo esta ou qualquer outra investigação é necessário considerar os aspetos éticos. O Tratado de Helsínquia veio no sentido de regulamentar a investigação, protegendo os seus participantes. Como tal, será tido em atenção nesta investigação. Inicialmente, aquando do pedido de autorização ao Comité de Ética da UCP, será fornecida toda a informação relativa à investigação, de forma cuidada e organizada. Em todos os procedimentos serão respeitados os protocolos da investigação aceite pela instituição.

Na recolha de dados direta com os pacientes, serão também consideradas as questões éticas, nomeadamente, a clarificação aos participantes e/ou aos familiares da natureza da investigação e a responsabilidade de ambas as partes. A linguagem utilizada terá em atenção o nível de conhecimentos dos participantes e/ou familiares. Ser-lhes-á explicado que são livres de participar, declinar ou abandonar a participação a qualquer

momento e de quais as consequências previsíveis da participação na investigação ou de abandono, sendo informados dos eventuais riscos adjacentes. Serão, também, informados que a sua participação é voluntária, que podem questionar o que considerarem pertinente e que os dados da investigação são confidenciais, sendo usados sempre com rigor científico e académico adequados. Se os participantes assim o entenderem podem, ainda, ser informados dos resultados finais da investigação. Todos os dados supracitados serão explicados oralmente e por escrito aos participantes e/ou familiares, que deverão assinar um termo de consentimento informado, de modo a garantir toda a confidencialidade dos dados e a compreensão por parte do participante. É de reforçar que este consentimento é livre e totalmente esclarecido (Ribeiro, 2010).

5.1. *Cronograma de Atividades a Desenvolver durante o Mestrado em Cuidados Paliativos*

No sentido de esclarecer temporalmente os principais marcos que constituirão este estudo foi elaborado o quadro onde projetam as atividades previstas:

	2013				2014			
	Trimestres							
	1.º	2.º	3.º	4.º	1.º	2.º	3.º	4.º
Elaborar a revisão bibliográfica								
Formular as questões metodológicas de base								
Requisitar autorização dos responsáveis das UCPs								
Aplicar o Protocolo de avaliação e recolher os dados								
Informatizar os dados recolhidos na avaliação								
Analisar estatisticamente os dados								
Interpretar os resultados								
Redação final do estudo								

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os cuidados paliativos (CP) surgiram para dar resposta a uma lacuna da sociedade: promover a qualidade de vida e dignidade das pessoas com prognóstico de vida limitado, em sofrimento intenso, sem resposta à terapêutica curativa e com necessidades de intervenção interdisciplinar organizada.

Em Portugal, os CP são uma realidade em franco crescimento. A criação recente de uma nova rede específica para estes cuidados, a Rede Nacional de CP (RNCP), é a prova disto. Tanto a nível nacional como internacional têm sido realizados estudos para melhorar a qualidade destes cuidados. Grande parte da literatura consultada retrata a envolvimento dos CP e a importância na qualidade de vida, bem como os sintomas frequentemente associados, entre os quais, a disfagia.

A disfagia orofaríngea é um distúrbio que pode ser provocado por várias patologias. As mais frequentes classificam-se como neurológicas e mecânicas. Dentro destas podem encontrar-se doenças como Acidente Vascular Cerebral (AVC), Alzheimer, Doença de Parkinson (DP), demências, Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), Esclerose Múltipla (EM), Miastenia Gravis (MG), cancro de cabeça e pescoço, intubação endotraqueal, traqueostomia, entre outras. Também nos CP estão integradas algumas destas doenças, apesar da mais comum ser o cancro. Contudo, foram encontrados poucos estudos que verificam a prevalência da disfagia nas unidades de CP (UCPs), sendo que nenhum deles descrevia quais os tipos de disfagia encontrados. Em estudos nacionais, este tipo de investigação parece ser ainda mais escasso.

É com este propósito que o presente trabalho é pertinente. Partindo dos resultados deste estudo, será possível conhecer melhor algumas das necessidades destes pacientes e assim melhorar a sua qualidade de vida. Esta melhoria não se deve apenas ao facto da melhoria da deglutição ser impactante na qualidade de vida, mas também porque permite aos cuidadores conhecerem cada vez melhor os sintomas presentes nestes pacientes e, assim, promover uma intervenção mais especializada.

Metodologicamente, o presente estudo apresenta alguns riscos e benefícios.

Entre os riscos podemos referir o facto de poucos indivíduos concordarem em participar neste estudo, entre os quais podem apresentar fadiga e ansiedade ou

instabilidade, que comprometem o desempenho da deglutição e, consequentemente, os resultados da avaliação. Esta é subjetiva e, por isso, pode ser suscetível de diferentes interpretações.

Relativamente aos benefícios desta metodologia podemos mencionar que a participação destes pacientes é voluntária e consciente, uma vez que lhes são explicados todos os passos e objetivos do estudo, garantindo sempre a confidencialidade dos dados fornecidos. No que concerne à avaliação, para colmatar o risco da subjetividade, a aplicação do método de recolha de dados (avaliação da disfagia) será sempre realizada pela mesma pessoa.

A realização deste trabalho está proposta para dois anos, tendo tempo para pedir autorização às instituições e aos pacientes envolvidos e para proceder à recolha dos dados. Esta é realizada nas UCPs em que os participantes estão integrados.

Em termos de resultados, a bibliografia sugere que há uma prevalência de disfagia em 68% dos pacientes com cancro e 48% em pacientes com outros diagnósticos integrados em CP (Addington-Hall et al, 1998, citado por Roe, 2004, e por Eckman & Roe, 2005). Contudo, este artigo já foi realizado há 14 anos e não foi em Portugal, pelo que não pode retratar a realidade portuguesa. Mais tarde, Roe et al. (2007) refere que 46% dos pacientes com cancro apresenta disfagia nas últimas semanas de vida. Porém, o cancro de cabeça e pescoço não é, por si só, representativo de toda a população presente nos CP com diagnóstico de disfagia (Roe, 2005). Portanto, a literatura aponta para que a prevalência de disfagia nestes cuidados seja elevada.

Mediante os resultados obtidos neste trabalho, será propício dar continuidade à investigação nesta área. Será pertinente estudar em que medida a intervenção na disfagia dos pacientes integrados em serviços de CP será, de facto, positiva e viável.

Este estudo apresenta, ainda, algumas limitações, referentes aos escassos recursos materiais, que não permitem uma investigação completa da deglutição, isto é, a ausência de VED. Este exame permite a observação direta da anatomofisiologia da fase faríngea da deglutição, mas requer a utilização de material específico de difícil transporte e acesso nas UCPs.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agarwal, J., Dutta, D., Palwe, V., Gupta, T., Laskar, S. G., Budrukhar, A., Murthy, V., et al. (2010). Prospective subjective evaluation of swallowing function and dietary pattern in head and neck cancers treated with concomitant chemo-radiation. *Journal of cancer research and therapeutics*, 6(1), 15–21. doi:10.4103/0973-1482.63563
- Ali, G. N., Wallace, K. L., Schwartz, R., Carle, D. J. D. E., Zagami, A. S., & Cook, I. A. N. J. (1996). Mechanisms of oral-pharyngeal dysphagia in patients With Parkinson's Disease. *Gastroenterology*, 110, 383–392.
- Almeida, L., & Freire, T. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. (5.^a ed.). Braga: Psiquilíbrios.
- Antunes, A. (1998). Consentimento informado. In D. Serrão & R. Nunes (Eds.), *Ética em cuidados de saúde* (pp. 13–28). Porto: Porto Editora.
- Arantes, A. C. de L. Q. (2009). Indicações de cuidados paliativos. In A. N. de C. P. (ANCP) (Ed.), *Manual de cuidados paliativos* (pp. 20–36). Rio de Janeiro: Diagraphic.
- Archer, L. (1996). Fundamentos biológicos. In L. Archer, J. Biscaia, & W. Osswald (Eds.), *Bioética* (pp. 18–33). Lisboa: Editorial Verbo.
- Bayés-rusiñol, À., Forjaz, M. J., Ayala, A., Crespo, M. D. C., Prats, A., Valles, E., Petit, C., et al. (2011). Consciencia de disfagia en la enfermedad de Parkinson. *Rev Neurol*, 53(11), 664–672.
- Beauchamp, T., & Childress, J. (1994). *Principles of biomedical ethics* (4.^a ed.). Nova Iorque: Oxford University Press, Inc.
- Bernardo, A., Rosado, J., & Salazar, H. (2010). Trabalho em equipa. In A. Barbosa & I. G. Neto (Eds.), *Manual de cuidados paliativos* (2.^a ed., pp. 761–772). Lisboa, Portugal: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

- Beyer, M. K., Herlofson, K., Arslan, D., & Larsen, J. P. (2001). Causes of death in a community-based study of Parkinson's disease. *Acta Neurologica Scandinavica*, 103(1), 7–11. doi:10.1034/j.1600-0404.2001.00191.x
- Bruegge, M. V., & Forsyth, L. W. (1999). Intervenções junto de pessoas com traumatismo, neoplasia e outros problemas cerebrais afins. In W. J. Phipps, J. K. Sands, & J. F. Marek (Eds.), *Enfermagem Médico-cirúrgica: Conceitos e prática clínica* (6.^a ed., pp. 1921–1974). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Camargo, F. P. D., Ono, J., Park, M., Caruso, P., & Carvalho, C. R. R. (2010). An evaluation of respiration and swallowing interaction after orotracheal intubation. *Clinics*, 65(9), 919–922. doi:10.1590/S1807-59322010000900015
- Capelas, L. M., & Neto, I. G. (2010). Organização de serviços. In A. Barbosa & I. G. Neto (Eds.), *Manual de cuidados paliativos* (2.^a ed., pp. 785–814). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Cardoso, A., Bernardo, A., Carvalho, C., Fradique, E., Gonçalves, F., Pires, M., & Vilão, Ó. (2010). *Programa nacional de cuidados paliativos* (pp. 1–49).
- Carneiro, R., Barbedo, I., Costa, I., Reis, E., Rocha, N., & Gonçalves, E. (2011). Estudo comparativo dos cuidados prestados a doentes nos últimos dias de vida: Num Serviço de Medicina Interna e Numa Unidade de Cuidados Paliativos. *Acta Médica Portuguesa*, 24, 545–554.
- Cinocco, D. (2007). The difficulties of swallowing at the end of life. *Journal of palliative medicine*, 10(2), 506–8. doi:10.1089/jpm.2006.9969
- Cuidados Continuados, S. e A. S. (2012). Unidades de Internamento. Retrieved September 30, 2012, from <http://www.umcci.min-saude.pt/rncci/onde/Paginas/UnidadesdeInternamento.aspx>

- Dahlin, C. M., Cohen, A. K., & Goldsmith, T. (2010). Dysphagia, Xerostomia, and Hiccups. In B. R. Ferrell & N. Coyle (Eds.), *Oxford textbook of palliative nursing* (3.^a ed., pp. 239–268). Nova Iorque, NY: Oxford University Press, Inc.
- Dharmarajan, T. S., Unnikrishnan, D., & Pitchumoni, C. S. (2001). Percutaneous endoscopic gastrostomy and outcome in dementia. *The American journal of gastroenterology*, 96(9), 2556–63. doi:10.1111/j.1572-0241.2001.04099.x
- Dodds, W. J., Stewart, E. T., & Logemann, J. A. (1990). Physiology and radiology of the normal oral and pharyngeal phases of swallowing. *AJR*, 154, 953–963.
- Duncan, P. W., Zorowitz, R., Bates, B., Choi, J. Y., Glasberg, J. J., Graham, G. D., Katz, R. C., et al. (2005). Management of adult stroke rehabilitation Care: A clinical practice guideline. *Stroke*, 36(9), e100–43. doi:10.1161/01.STR.0000180861.54180.FF
- Dziewas, R., Sörös, P., Ishii, R., Chau, W., Henningsen, H., Ringelstein, E. ., Knecht, S., et al. (2003). Neuroimaging evidence for cortical involvement in the preparation and in the act of swallowing. *NeuroImage*, 20(1), 135–144. doi:10.1016/S1053-8119(03)00285-4
- D’Amelio, M., Ragonese, P., Morgante, L., Reggio, a, Callari, G., Salemi, G., & Savettieri, G. (2006). Long-term survival of Parkinson’s disease: a population-based study. *Journal of neurology*, 253(1), 33–7. doi:10.1007/s00415-005-0916-7
- Ebihara, S., Ebihara, T., Yamasaki, M., & Kohzuki, M. (2011). Stimulating oral and nasal chemoreceptors for preventing aspiration pneumonia in the elderly. *Yakugaku zasshi : Journal of the Pharmaceutical Society of Japan*, 131(12), 1677–81. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22129860>
- Ebihara, S., Kohzuki, M., Sumi, Y., & Ebihara, T. (2011). Sensory stimulation to improve swallowing reflex and prevent aspiration pneumonia in elderly dysphagic people. *Journal of Pharmacological Sciences*, 115, 99–104. doi:10.1254/jphs.10R05CP

- Ebihara, T., Ebihara, S., Maruyama, M., Kobayashi, M., Itou, A., Arai, H., & Sasaki, H. (2006). A randomized trial of olfactory stimulation using black pepper oil in older people with swallowing dysfunction. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(9), 1401–6. doi:10.1111/j.1532-5415.2006.00840.x
- Eckman, S., & Roe, J. (2005). Speech and language therapists in palliative care: what do we have to offer? *International journal of palliative nursing*, 11(4), 179–81. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15924034>
- Eisbruch, A., Lyden, T., Bradford, C. R., Dawson, L. a, Haxer, M. J., Miller, A. E., Teknos, T. N., et al. (2002). Objective assessment of swallowing dysfunction and aspiration after radiation concurrent with chemotherapy for head-and-neck cancer. *International journal of radiation oncology, biology, physics*, 53(1), 23–8. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12007937>
- Eisbruch, A., Schwartz, M., Rasch, C., Vineberg, K., Damen, E., Van As, C. J., Marsh, R., et al. (2004). Dysphagia and aspiration after chemoradiotherapy for head-and-neck cancer: which anatomic structures are affected and can they be spared by IMRT? *International journal of radiation oncology, biology, physics*, 60(5), 1425–39. doi:10.1016/j.ijrobp.2004.05.050
- Evans, W. J., Morley, J. E., Argilés, J., Bales, C., Baracos, V., Guttridge, D., Jatoi, A., et al. (2008). Cachexia: A new definition. *Clinical nutrition*, 27(6), 793–9. doi:10.1016/j.clnu.2008.06.013
- Fall, P.-A., Saleh, A., Fredrickson, M., Olsson, J.-E., & Granérus, A.-K. (2003). Survival time, mortality, and cause of death in elderly patients with Parkinson's disease: a 9-year follow-up. *Movement disorders : official journal of the Movement Disorder Society*, 18(11), 1312–6. doi:10.1002/mds.10537
- Ferreira, P. L., & Pinto, A. B. (2008). Medir qualidade de vida em cuidados paliativos. *Acta Médica Portuguesa*, 21, 111–124.
- Finucane, T. E., Christmas, C., & Travis, K. (1999). Tube feeding in patients with advanced dementia: A review of the evidence. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 282(14), 1365–1370. doi:10.1001/jama.282.14.1365

- Forbes, K. (1997). Palliative care in patients with cancer of the head and neck. *Clin Otolaryngol Allied Sci*, 22(2), 117–122.
- Furkim, A. M. (2004). Fonoterapia nas disfagias orofaríngeas neurogénicas. In A. M. Furkim & C. S. Santini (Eds.), *Disfagias Orofaríngeas* (2.^a ed., pp. 228–258). Carapicuíba, SP: Pró-fono.
- Gallagher, R. (2011). Swallowing difficulties: A prognostic signpost. *Palliative Care Files - Canadian Family Physician*, 57, 1407–1409.
- García-Peris, P., Parón, L., Velasco, C., de la Cuerda, C., Cambor, M., Bretón, I., Herencia, H., et al. (2007). Long-term prevalence of oropharyngeal dysphagia in head and neck cancer patients: Impact on quality of life. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 26(6), 710–7. doi:10.1016/j.clnu.2007.08.006
- Ghidini, A., Trebbi, M., Piccinini, A., & Presutti, L. (2010). Functional evaluation protocol. *Acta otorhinolaryngologica Italica: organo ufficiale della Società italiana di otorinolaringologia e chirurgia cervico-facciale*, 30(5), 254–6. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3040583&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Gielow, I. (2004). Reabilitação fonoaudiológica da disfagia em pós-operatório de cirurgia de cabeça e pescoço. In A. M. Furkim & C. S. Santini (Eds.), *Disfagias Orofaríngeas* (2.^a ed., pp. 203–227). Carapicuíba, SP: Pró-fono.
- Gillick, M. R. (2000). Rethinking the role of tube feeding in patients with advanced dementia. *The New England journal of medicine*, 342(3), 206–210. doi:10.1056/NEJM200006083422316
- González-Fernández, M., & Daniels, S. (2008). Dysphagia in stroke and neurologic disease. *Phys Med Rehabil Clin N Am*, 19, 867–88.
- González-fernández, J., Prieto-tedejo, R., Velasco-palacios, L., Jorge-roldán, S., & Cubo-delgado, E. (2010). Trastornos digestivos en la enfermedad de Parkinson: disfagia y sialorrea. *Rev Neurol*, 50(Supl 2), 51–54.

- Gonçalves, J. A. S. F. (2009). *A Boa Morte: Ética no fim da vida* (1.^a ed.). Lisboa: Coisas de ler.
- Gonçalves, M. I. R., & César, S. R. (2006). Disfagias neurogênicas: Avaliação. In K. Z. Ortiz (Ed.), *Distúrbios neurológicos adquiridos: Fala e deglutição* (1.^a ed., pp. 258–281). São Paulo, SP: Manole.
- Gonçalves, M. I. R., & Vidigal, M. L. N. (2004). Avaliação videofluoroscópica das disfagias. In A. M. Furkim & C. S. Santini (Eds.), *Disfagias Orofaríngeas* (2.^a ed., pp. 189–201). Carapicuíba, SP: Pró-fono.
- Hamdy, S., Rothwell, J. C., Brooks, D. J., Bailey, D., Aziz, Q., Thompson, G., & Thompson, D. G. (1999). Identification of the cerebral loci processing human swallowing with H₂ 15 O PET activation. *J Neurophysiol*, 81(4), 1917–1926.
- Heffner, J. E. (2010). Swallowing complications after endotracheal extubation: moving from “whether” to “how”. *Chest*, 137(3), 509–10. doi:10.1378/chest.09-2477
- Hill, M., & Hill, A. (2002). *Investigação por questionário*. (2.^a ed.). Lisboa: Edições sílabo.
- Hoffer, L. J. (2006). Tube feeding in advanced dementia: the metabolic perspective. *BMJ (Clinical research ed.)*, 333, 1214–5. doi:10.1136/bmj.39021.785197.47
- Horner, J., Alberts, M., Dawson, D., & Cook, G. (1994). Swallowing in Alzheimer’s disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 8, 177–189.
- Humbert, I. A., Fitzgerald, M. E., McLaren, D. G., Johnson, S., Porcaro, E., Kosmatka, K., Hind, J., et al. (2009). Neurophysiology of swallowing: Effects of age and bolus type. *Neuroimage*, 44(3), 982–991. doi:10.1016/j.neuroimage.2008.10.012.Neurophysiology
- Humbert, I. A., McLaren, D. G., Kosmatka, K., Fitzgerald, M., Johnson, S., Porcaro, E., Kays, S., et al. (2010). Early deficits in cortical control of swallowing in Alzheimer’s disease. *J Alzheimers Dis.*, 19(4), 1185–1197. doi:10.3233/JAD-2010-1316.Early

- Jager-Wittenaar, H., Dijkstra, P. U., Vissink, A., van Oort, R. P., van der Laan, B. F. a M., & Roodenburg, J. L. N. (2011). Malnutrition in patients treated for oral or oropharyngeal cancer--prevalence and relationship with oral symptoms: an explorative study. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 19(10), 1675–83. doi:10.1007/s00520-010-1001-z
- Kalia, M. (2003). Dysphagia and aspiration pneumonia in patients with alzheimer's disease. *Metabolism*, 52(10), 36–38. doi:10.1053/S0026-0495(03)00300-6
- Kang, S. H., Kim, D.-K., Seo, K.-M., & Seo, J.-H. (2011). Usefulness of videofluoroscopic swallow study with mixed consistency food for patients with stroke or other brain injuries. *Journal of Korean medical science*, 26(3), 425–30. doi:10.3346/jkms.2011.26.3.425
- Karagiannis, M. J. P., Chivers, L., & Karagiannis, T. C. (2011). Effects of oral intake of water in patients with oropharyngeal dysphagia. *BMC geriatrics*, 11(1), 9. doi:10.1186/1471-2318-11-9
- Ki, Y., Kim, W., Nam, J., Kim, D., Park, D., & Kim, D. (2009). C-reactive protein levels and radiation-induced mucositis in patients with head-and-neck cancer. *International journal of radiation oncology, biology, physics*, 75(2), 393–8. doi:10.1016/j.ijrobp.2008.11.012
- Kotz, T., Costello, R., Li, Y., & Posner, M. R. (2004). Swallowing dysfunction after chemoradiation for advanced squamous cell carcinoma of the head and neck. *Head & neck*, 26(4), 365–72. doi:10.1002/hed.10385
- Langmore, S. E., Grillone, G., Elackattu, A., & Walsh, M. (2009). Disorders of swallowing: palliative care. *Otolaryngologic clinics of North America*, 42(1), 87–105. doi:10.1016/j.otc.2008.09.005
- Leal, F., & Carvalho, L. (2010). Disfagia. In A. Barbosa & I. G. Neto (Eds.), *Manual de cuidados paliativos* (2.^a ed., pp. 145–153). Lisboa, Portugal: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Lei n.º 52/2012, 5 de Setembro. Lei de Bases dos Cuidados Paliativos.

Leibovitz, A. (2011). Tube-enteral feeding for frail elderly patients with oropharyngeal dysphagia--not only yes or no, but when? *Journal of nutritional science and vitaminology*, 57(4), 311–2. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22041915>

Leopold, N., & Kagel, M. (1996). Prepharyngeal dysphagia in Parkinson's disease. *Dysphagia*, 11, 14–22.

Levendag, P. C., Teguh, D. N., Voet, P., Est, H. van der, Noever, I., Kruijf, W. J. M. de, Kolkman-Deurloo, I.-K., et al. (2007). Dysphagia disorders in patients with cancer of the oropharynx are significantly affected by radiation therapy dose to the superior and middle constrictor muscle: A dose effect relationship. *Radiother Oncol*, 85, 64–73.

Levin, J., & Fox, J. A. (2009). *Estatística para ciências humanas* (9.^a ed.). São Paulo: Prentice Hall.

Logemann, J. A. (1998). *Evaluation and treatment of swallowing disorders* (2.^a ed.). Austin, Texas: Pro-ed, An international publisher.

Logemann, J. A. (2007). Swallowing disorders. *Best practice & research. Clinical gastroenterology*, 21(4), 563–73. doi:10.1016/j.bpg.2007.03.006

Logemann, J., Kahrilas, P., Cheng, J., Pauloski, B., Gibbons, P., Rademaker, A., & Lin, S. (1992). Closure mechanisms of the laryngeal vestibule during swallow. *Am J Physiol*, 262, G338–344.

Maciel, M. G. S. (2009). Organização de serviços de cuidados paliativos. In Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) (Ed.), *Manual de cuidados paliativos* (pp. 72–85). Rio de Janeiro: Diagraphic.

Macmillan, K., Hopkinson, J., Peden, J., & Hycha, D. (2000). *Como cuidar dos nossos: Um guia prático sobre cuidados em fim de vida*. Lisboa: AMARA e Escola Superior de Enfermagem de Calouste Gulbenkian de Lisboa.

- Macqueen, C., Taubert, S., Cotter, D., Stevens, S., & Frost, G. (2003). Which commercial thickening agent do patients prefer? *Dysphagia*, 18(1), 46–52. doi:10.1007/s00455-002-0084-1
- Magalhães, J. C. (2009). *Cuidar em fim de vida*. Lisboa, Portugal: Coisas de ler.
- Marchesan, I. Q. (2004). Deglutição - Normalidade. In A. M. Furkim & C. S. Santini (Eds.), *Disfagias Orofaríngeas* (2.^a ed., pp. 3–18). Carapicuíba, SP: Pró-fono.
- Martin, R. E., Goodyear, B. G., Gati, J. S., & Menon, R. S. (2001). Cerebral Cortical Representation of Automatic and Volitional Swallowing in Humans. *J Neurophysiol*, 938–950. doi:0022-3077/01
- Martino, R., Foley, N., Bhogal, S., Diamant, N., Speechley, M., & Teasell, R. (2005). Dysphagia after stroke: Incidence, diagnosis, and pulmonary complications. *Stroke*, 36(12), 2756–63. doi:10.1161/01.STR.0000190056.76543.eb
- Matsumoto, D. Y. (2009). Cuidados Paliativos: Conceito, fundamentos e princípios. In A. N. de C. P. (ANCP (Ed.), *Manual de cuidados paliativos* (1.^a edição., pp. 14–19). Rio de Janeiro: Diagraphic.
- Melo, A. G. C., & Figueiredo, M. T. A. (2006). Cuidados paliativos: Conceitos básicos, histórico e realizações da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos e da Associação Internacional de Hospice e Cuidados Paliativos. In C. A. M. Pimenta (Ed.), *Dor e cuidados paliativos: Enfermagem, medicina e psicologia* (pp. 16–28). Barueri: Manole.
- Mosier, K. M., Liu, W. C., Maldjian, J. a, Shah, R., & Modi, B. (1999). Lateralization of cortical function in swallowing: a functional MR imaging study. *AJNR. American journal of neuroradiology*, 20(8), 1520–6. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10512240>
- Munakata, M., Kobayashi, K., Niisato-Nezu, J., Tanaka, S., Kakisaka, Y., Ebihara, T., Ebihara, S., et al. (2008). Olfactory stimulation using black pepper oil facilitates oral feeding in pediatric patients receiving long-term enteral nutrition. *The Tohoku*

- journal of experimental medicine*, 214, 327–32. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18441508>
- Murray, J., Langmore, S., Ginsberg, S., & Dostie, A. (1996). The significance of accumulated oropharyngeal secretions and swallowing frequency in predicting aspiration. *Dysphagia*, 11(2), 99–103.
- Neto, I. G. (2010). Princípios e filosofia dos cuidados paliativos. In A. Barbosa & I. G. Neto (Eds.), *Manual de cuidados paliativos* (2.^a ed., pp. 1–42). Lisboa, Portugal: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Newman, L. A., Robbins, K. T., Logemann, J. A., Rademaker, A. W., Lazarus, C. L., Hamner, A., Tusan, S., et al. (2002). Swallowing and speech ability after treatment for head and neck cancer with targeted intraarterial versus intravenous chemoradiation. *Head & neck*, 24, 68–77. doi:10.1002/hed.10000
- Nguyen, N. P., Moltz, C. C., Frank, C., Vos, P., Smith, H. J., Karlsson, U., Dutta, S., et al. (2004). Dysphagia following chemoradiation for locally advanced head and neck cancer. *Annals of Oncology*, 15(3), 383–388. doi:10.1093/annonc/mdh101
- Nguyen, Nam P, Frank, C., Moltz, C. C., Vos, P., Smith, H. J., Bhamidipati, P. V., Karlsson, U., et al. (2006). Aspiration rate following chemoradiation for head and neck cancer: an underreported occurrence. *Radiotherapy and oncology*, 80(3), 302–6. doi:10.1016/j.radonc.2006.07.031
- Nourissat, A., Bairati, I., Samson, E., Fortin, A., Gélinas, M., Nabid, A., Brochet, F., et al. (2010). Predictors of weight loss during radiotherapy in patients with stage I or II head and neck cancer. *Cancer*, 2275–2283. doi:10.1002/cncr.25041
- Oda, A. L., & Chiappetta, A. L. M. L. (2006). Intervenção fonoaudiológica em doenças neuromusculares. In K. Z. Ortiz (Ed.), *Distúrbios neurológicos adquiridos: Fala e deglutição* (1.^a ed., pp. 177–209). São Paulo: Manole.
- Okamura, N., Maruyama, M., Ebihara, T., Matsui, T., Nemoto, M., Arai, H., Sasaki, H., et al. (2004). Aspiration pneumonia and insular hypoperfusion in patients with

- cerebrovascular disease. *J Am Geriatr Soc.*, 241(52), 645–646. doi:10.2460/javma.241.9.1146
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2002). *National cancer control programmes: Policies and managerial guidelines*. (O. M. de S. (OMS, Ed.) *Organização Mundial de Saúde* (2.^a edição.). Geneva: Organização Mundial de Saúde (OMS).
- Osswald, W. (1998). Investigação médica. In R. Nunes & D. Serrão (Eds.), *Ética em cuidados de saúde* (pp. 95–108). Porto: Porto Editora.
- Palecek, E. J., Teno, J. M., Casarett, D. J., Hanson, L. C., Rhodes, R. L., & Mitchell, S. L. (2010). Comfort feeding only: A proposal to bring clarity to decision- Making regarding difficulty with eating for persons with advanced dementia. *J Am Geriatr Soc.*, 58(3), 580–584. doi:10.1111/j.1532-5415.2010.02740.x.Comfort
- Palmer, J., Rudin, N., Lara, G., & Crompton, A. (1992). Coordination of mastication and swallowing. *Dysphagia*, 7, 187–200.
- Peponi, E., Glanzmann, C., Willi, B., Huber, G., & Studer, G. (2011). Dysphagia in head and neck cancer patients following intensity modulated radiotherapy (IMRT). *Radiation oncology (London, England)*, 6(1), 1. doi:10.1186/1748-717X-6-1
- Pessini, L. (2006). Bioética e cuidados paliativos: Alguns desafios do cotidiano aos grandes dilemas. In C. A. M. Pimenta, D. D. C. F. Mota, & D. A. L. M. Cruz (Eds.), *Dor e cuidados paliativos: Enfermagem, medicina e psicologia* (pp. 45–66). Barueri: Manole.
- Pfister, D. G., Laurie, S. a, Weinstein, G. S., Mendenhall, W. M., Adelstein, D. J., Ang, K. K., Clayman, G. L., et al. (2006). American society of clinical oncology clinical practice guideline for the use of larynx-preservation strategies in the treatment of laryngeal cancer. *Journal of clinical oncology*, 24(22), 3693–704. doi:10.1200/JCO.2006.07.4559
- Pinto, A. C. (2009). Papel do fonoaudiólogo na equipa de cuidados paliativos. In Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) (Ed.), *Manual de cuidados*

- paliativos* (Vol. 26, pp. 234–236). Rio de Janeiro: Diagraphic.
doi:10.1157/13074624
- Pinto, C. S. (2009). Procedimentos sustentadores de vida em cuidados paliativos: Uma questão técnica e bioética. In Associação Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) (Ed.), *Manual de cuidados paliativos* (pp. 195–201). Rio de Janeiro: Diagraphic.
- Pitts, T., Troche, M., Mann, G., Rosenbek, J., Okun, M. S., & Sapienza, C. (2010). Using voluntary cough to detect penetration and aspiration during oropharyngeal swallowing in patients with Parkinson disease. *Chest*, 138(6), 1426–31.
doi:10.1378/chest.10-0342
- Priefer, B. A., & Robbins, J. (1997). Eating Changes in Mild-Stage Alzheimer's Disease: A Pilot Study. *Dysphagia*, 12(4), 212–221. doi:10.1007/PL00009539
- Querido, A., & Guarda, H. (2010). Hidratação em fim de vida. In A. Barbosa & I. G. Neto (Eds.), *Manual de cuidados paliativos* (2.^a ed., pp. 401–415). Lisboa, Portugal: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- RNCCI, R. N. de C. C. I. (2010). *Estratégia para o desenvolvimento do programa nacional de cuidados paliativos*. Lisboa.
- Ramsey, D. J. C., Smithard, D. G., & Kalra, L. (2003). Early assessments of dysphagia and aspiration risk in acute stroke patients. *Stroke*, 34(5), 1252–7.
doi:10.1161/01.STR.0000066309.06490.B8
- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). (2010). *Resumo de actividades realizadas pela UMCCI na área dos Cuidados Paliativos. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados* (pp. 1–25).
- Ribeiro, J. L. P. (2010). *Metodologia de investigação: Em psicologia e saúde* (3.^a ed.). Porto: Legis Editora/Livpsi.
- Rodrigues, L. F. (2009). Modalidades de atuação e modelos de assistência em cuidados paliativos. In Associação Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) (Ed.), *Manual de cuidados paliativos* (pp. 58–62). Rio de Janeiro: Diagraphic.

- Roe, J. (2004, January). Towards the end of life. *RCSLT Bulletin*2, 12–13.
- Roe, J. (2005). Oropharyngeal dysphagia in advanced non-head and neck malignancy. *European Journal of Palliative Care*, 12(6), 229–232.
- Roe, J. W. G., Leslie, P., & Drinnan, M. J. (2007). Oropharyngeal dysphagia: the experience of patients with non-head and neck cancers receiving specialist palliative care. *Palliative medicine*, 21(7), 567–74. doi:10.1177/0269216307082656
- Romero, C. M., Marambio, A., Larrondo, J., Walker, K., Lira, M., Tobar, E., Cornejo, R., et al. (2010). Swallowing Dysfunction in Nonneurologic. *Chest*, 137, 1278–1282. doi:10.1378/chest.09-2792
- Sachs, G. A., Shega, J. W., & Cox-hayley, D. (2004). Barriers to excellent end-of-life care for patients with dementia. *J Gen Intern Med*, 19, 1057–1063.
- Sampson, E., Candy, B., & Jones, L. (2009). Enteral tube feeding for older people with advanced dementia (Review). *Cochrane Database Syst Rev*, CD007209(2).
- Santamato, A., Panza, F., Solfrizzi, V., Russo, A., Frisardi, V., Megna, M., Ranieri, M., et al. (2009). Acoustic analysis of swallowing sounds: a new technique for assessing dysphagia. *Journal of rehabilitation medicine*, 41(8), 639–45. doi:10.2340/16501977-0384
- Santini, C. S. (2004). Disfagia neurogênia. In A. M. Furkim & C. S. Santini (Eds.), *Disfagias Orofaríngeas* (2.^a ed., pp. 19–34). Carapicuíba, SP: Pró-fono.
- Santoro, P. P., Furia, C. L. B., Forte, A. P., Lemos, E. M., Garcia, R. I., Tavares, R. A., & Imamura, R. (2011). Otolaryngology and speech therapy evaluation in the assessment of oropharyngeal dysphagia: a combined protocol proposal. *Braz J Otorhinolaryngol*, 77(2), 201–213.
- Schelp, A. O., Cola, P. C., Gatto, A. R., Silva, R. G. da, & Carvalho, L. R. de. (2004). Incidência de disfagia orofaríngea após acidente vascular encefálico em hospital público de referência. *Arq Neuropsiquiatr*, 62(2-B), 503–506.

- Seeley, R. R., Stephens, T. D., & Tate, P. (1997). *Anatomia e fisiologia* (3.^a ed.). Lisboa: Lusodidacta - Sociedade Portuguesa de Material Didático.
- Sepúlveda, C., Marlin, A., Yoshida, T., & Ullrich, A. (2002). Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24(2), 91–96.
- Silva, R. G. da. (2004). Disfagia Neurogênica em adultos: uma proposta para avaliação clínica. In A. M. Furkim & C. S. Santini (Eds.), *Disfagias Orofaríngeas* (2.^a ed., pp. 35–48). Carapicuíba: Pró-fono.
- Silva, R. G. da, Jorge, A. G., Peres, F. M., Cola, P. C., Gatto, A. R., & Spadotto, A. A. (2010). Protocolo para controle de eficácia terapêutica em disfagia orofaríngea neurogênica (PROCEDON). *Revista CEFAC*, 12(1), 75–81.
- Skoretz, S. A., Flowers, H. L., & Martino, R. (2010). The Incidence of Dysphagia Following Endotracheal Intubation: A Systematic Review. *Chest*, 137, 665–673. doi:10.1378/chest.09-1823
- Smithard, D. G., O'Neill, P. a, England, R. E., Park, C. L., Wyatt, R., Martin, D. F., & Morris, J. (1997). The natural history of dysphagia following a stroke. *Dysphagia*, 12(4), 188–93. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9828276>
- Sordi, M. de, Mourão, L. F., Silva, A. A. da, & Flosi, L. C. L. (2009). Importância da interdisciplinaridade na avaliação das disfagias: avaliação clínica e videofluoroscópica da deglutição. *Braz J Otorhinolaryngol*, 75(6), 776–787.
- Speyer, R., Heijnen, B. J., Baijens, L. W., Vrijenhoef, F. H., Otters, E. F., Roodenburg, N., & Bogaardt, H. C. (2011). Quality of life in oncological patients with oropharyngeal dysphagia: validity and reliability of the Dutch version of the MD Anderson Dysphagia Inventory and the Deglutition Handicap Index. *Dysphagia*, 26(4), 407–14. doi:10.1007/s00455-011-9327-3
- Standring, S. (2006). *Gray's anatomy: The anatomical basis of clinical practice* (39.^a ed.). Londres: Elsevier - Churchill livingstone.

- Steele, C. M., & Miller, A. J. (2010). Sensory input pathways and mechanisms in swallowing: a review. *Dysphagia*, 25(4), 323–33. doi:10.1007/s00455-010-9301-5
- Stringer, S. (1999). Managing dysphagia in palliative care. *Professional Nurse*, 14(7), 489–492.
- Stroudley, J., & Walsh, M. (1991). Radiological assessment of dysphagia in Parkinson's disease. *Br J Radiol*, 64, 890–3.
- Takahata, H., Tsutsumi, K., Baba, H., Nagata, I., & Yonekura, M. (2011). Early intervention to promote oral feeding in patients with intracerebral hemorrhage: a retrospective cohort study. *BMC neurology*, 11(1), 6. doi:10.1186/1471-2377-11-6
- Teismann, I. K., Suntrup, S., Warnecke, T., Steinsträter, O., Fischer, M., Flöel, A., Ringelstein, E. B., et al. (2011). Cortical swallowing processing in early subacute stroke. *BMC neurology*, 11(1), 34. doi:10.1186/1471-2377-11-34
- Teismann, I. K., Warnecke, T., Suntrup, S., Steinsträter, O., Kronenberg, L., Ringelstein, E. B., Dengler, R., et al. (2011). Cortical processing of swallowing in ALS patients with progressive dysphagia: A magnetoencephalographic study. *PloS ONE*, 6(5), 1–9. doi:10.1371/journal.pone.0019987
- Terzi, N., Orlikowski, D., Aegerter, P., Lejaille, M., Ruquet, M., Zalcman, G., Fermanian, C., et al. (2007). Breathing-swallowing interaction in neuromuscular patients: a physiological evaluation. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 175(3), 269–76. doi:10.1164/rccm.200608-1067OC
- Troche, M. S., Okun, M. S., Rosenbek, J. C., Musson, N., Fernandez, H. H., Rodriguez, R., Romrell, J., et al. (2010). Aspiration and swallowing in Parkinson disease and rehabilitation with EMST: a randomized trial. *Neurology*, 75(21), 1912–9. doi:10.1212/WNL.0b013e3181fef115
- Twycross, R. (2003). *Cuidados paliativos* (2.^a ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Vissink, A., Jansma, J., Spijkervet, F. K. L., Burlage, F. R., & Coppes, R. P. (2003). Oral Sequelae of Head and Neck Radiotherapy. *Critical Reviews in Oral Biology & Medicine*, 14(3), 199–212. doi:10.1177/154411130301400305

- Watando, A., Ebihara, S., Ebihara, T., Okazaki, T., Takahashi, H., Asada, M., & Sasaki, H. (2004). Effect of temperature on swallowing reflex in elderly patients with aspiration pneumonia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 2143–2144. doi:10.2460/javma.241.9.1146
- Wheat, A. (2009). Palliative care--evolution of a vision. *Medicine and health, Rhode Island*, 92(1), 34–6. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19248426>
- Yamadura, K., Kitagawa, J., Kurose, M., Sugino, S., Takatsuji, H., Mostafaezur, R. M., Zakir, a H., et al. (2010). Neural Mechanisms of Swallowing and Effects of Taste and Other Stimuli on Swallow Initiation. *Biol. Pharm. Bull.*, 33(11), 1786–1790.
- Zanoteli, E., & Oliveira, A. S. B. (2006). Doenças neuromusculares. In K. Z. Ortiz (Ed.), *Distúrbios neurológicos adquiridos:Fala e deglutição* (1.^a ed., pp. 161–176). Bueri, SP: Manole.
- van der Kruis, J. G. J., Baijens, L. W. J., Speyer, R., & Zwijnenberg, I. (2011). Biomechanical analysis of hyoid bone displacement in videofluoroscopy: a systematic review of intervention effects. *Dysphagia*, 26(2), 171–82. doi:10.1007/s00455-010-9318-9
- van der Molen, L., van Rossum, M. a, Burkhead, L. M., Smeele, L. E., Rasch, C. R. N., & Hilgers, F. J. M. (2011). A randomized preventive rehabilitation trial in advanced head and neck cancer patients treated with chemoradiotherapy: feasibility, compliance, and short-term effects. *Dysphagia*, 26(2), 155–70. doi:10.1007/s00455-010-9288-y
- van der Steen, J. T., Ooms, M. E., Mehr, D. R., van der Wal, G., & Ribbe, M. W. (2002). Severe dementia and adverse outcomes of nursing home-acquired pneumonia: evidence for mediation by functional and pathophysiological decline. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(3), 439–48. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11943038>

ANEXOS

ANEXO A

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

Abertura dos olhos

- 4 Abertura espontânea
- 3 Abertura a pedido verbal
- 2 Abertura após estimulação dolorosa
- 1 Ausência de abertura

Melhor resposta verbal

- 5 Orientado no tempo, espaço, individualmente; conversa de forma apropriada
- 4 Conversa, mas de forma confusa
- 3 Diz palavras, mas não mantém a conversa
- 2 Emite sons, palavras não inteligíveis
- 1 Ausência de resposta

Melhor resposta motora

- 6 Obedece a instruções
- 5 Localiza estímulos dolorosos
- 4 Ignora o estímulo doloroso
- 3 Flexão anormal à dor (postura descorticada)
- 2 Extensão anormal à dor (postura descerebrada)
- 1 Ausência de resposta

Fonte: Bruegge, M. V., & Forsyth, L. W. (1999). Intervenções junto de pessoas com traumatismo, neoplasia e outros problemas cerebrais afins. In W. J. Phipps, J. K. Sands, & J. F. Marek (Eds.), *Enfermagem Médico-cirúrgica: Conceitos e prática clínica* (6.^a ed., pp. 1921–1974). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda., p. 1927

ANEXO B

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL DA DEGLUTIÇÃO

II) ANAMNESE

Diagnóstico:

Ambulatório de Origem:

Queixa:

H.P.M.A.:

Tratamentos e exames prévios (clínico, cirúrgico, quimioterapia, radioterapia):

Saúde geral (neuro, cardio, gastro, pneumo, alérgicas, audiológicas):

Medicações:

Tratamentos com outros profissionais:

Hábitos

() Tabagismo, tempo..... () Etilismo, tempo.....

DEGLUTIÇÃO

Fase Oral Fase Faríngea

() dificuldade de mastigar L / P / S () tosse () seca () produtiva L / P / S

() alimento gruda céu da boca L / P / S () engasgos L / P / S

() atraso para iniciar deglutição L / P / S () pigarro L / P / S

() escape de alimento por lábio L / P / S () sensação de alimento parado L / P / S

() dor na cavidade oral L / P / S () dificuldade para engolir L / P / S

() demora para engolir L / P / S () dor para engolir L / P / S

() sialorreia

Consistência..... Quantidade.....

Postura..... Utensílios..... Temperatura.....

() alteração do apetite

() alteração do paladar

() aumento do tempo da refeição tempo habitual..... Atual.....

() cansaço para se alimentar

Outros

() queimação / azia / refluxo () intubação tempo

() náuseas () vômitos () alimento volta () refluxo nasal

() traqueostomia (cânula, nº, cuff).....

() perda de peso peso habitual..... peso atual..... IMC..... Altura.....

() boca seca () muita saliva

() pneumonia quantas quando.....

Alimentação

VO () SNG () gastrostomia/jejunostomia () Mista ()

III) AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA

1) Estado Geral (motor, consciência, comunicação):

2) Linguagem Oral

Recetiva:

Expressiva:

3) Respiração (modo, tipo e coordenação)

Traqueostomia

4) Órgãos Fonoarticulatórios

4.1. Morfologia e Mobilidade

	Postura/Aspetto		Mobilidade		Tônus		Alterações
Face (VII)	Normal	Alterada	Normal	Alterada	Normal	Alterada	
Língua (V, XII)	Papila	Assoalho	Normal	Alterada	Normal	Alterada	
Lábios (V, VII)	Fechados	Abertos	Normal	Alterada	Normal	Alterada	
Bochechas (V, VI)	Normal	Caídas	Normal	Alterada	Normal	Alterada	
Mandíbula (V, VII, IX,X)	Simétrica	Assimétrica	Normal	Alterada			
Palato Mole	Normal	Alterada	Normal	Alterada	Normal	Alterada	
Palato Duro	Normal	Alterada					

Dentes () presentes () ausentes

() prótese dentária total () prótese dentária parcial

() Bem adaptada () Mal adaptada

Estado de conservação () ótimo () bom () regular () ruim

Sensibilidade oral () táctil () adequada () alterada

() térmica () adequada () alterada

() gustativa () adequada () alterada

4.2. Reflexos Gag/vômito () ausente () presente

Tosse () ausente () presente () eficaz () ineficaz

4.3. Voz

Qualidade vocal – Escala GRBASI TMF Emissão /a/:.....

G(graú): R(rouquidão): B(soprosidade): A(astenia): S(tensão): I(Instabilidade):

Grau de Alteração 1 discreto 2 moderado 3 grave 4 extremo

Outros

() normal () diplofónica () hipernasal () molhada () pastosa () hiponasal

() bitonal () trêmula () estrangulada () sussurrada () áspera

FALA

Articulação: () precisa () imprecisa

Inteligibilidade de fala:

() ininteligível () inteligível com atenção () inteligível parcial () inteligível

Taxa diadococinética: PA (nº pal/seg) TA (nº pal/seg) KA (nº pal/seg)

PA TA KA (nº pal/seg)

GRAVAÇÃO (data):..... (fala espontânea, emissão prolongada é, PA TA KA, frases)

5) Avaliação da Deglutição

5.1. Saliva

Automática () voluntária () ausente ()

Normal () acúmulo () sialosséia () xerostomia ()

Elevação laríngea: presente () ausente () diminuída ()

Engasgo/tosse: S () N ()

Voz molhada: S () N ()

5.2. Alimento

Postura corporal e cervical:.....

Cuff: insuflado () parcialmente insuflado () desinsuflado ()

Consistência		Líquido				Líquido Engrossado				Pastoso				Sólido	
Quantidade															
Utensílio															
Abertura de boca	nl	alt	nl	alt	nl	alt	nl	alt	nl	alt	nl	alt	nl	alt	
Preensão labial	nl	alt	nl	alt	nl	alt	nl	alt	nl	alt	nl	alt	nl	alt	
Mobilidade de língua	nl	alt	nl	alt	nl	alt	nl	alt	nl	alt	nl	alt	nl	alt	
Tempo Trânsito Oral	nl	alt	nl	alt	nl	alt	nl	alt	nl	alt	nl	alt	nl	alt	
Disparo do reflexo	nl	alt	nl	alt	nl	alt	nl	alt	nl	alt	nl	alt	nl	alt	
Elevação laríngea	nl	alt	nl	alt	nl	alt	nl	alt	nl	alt	nl	alt	nl	alt	
Engasgo/tosse	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	
Pigarro	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	
Resíduo em Cavi oral	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	
Limpeza do resí oral	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	
Saída de alim por tqt	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	
Ausc Cervical/Pulmo	nl	alt	nl	alt	nl	alt	nl	alt	nl	alt	nl	alt	nl	alt	
Voz molhada	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	
Sensação de ali parad	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	
Dispneia	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	
Refluxo nasal	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	
Aumen de secreções	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	
Manobras Posturais	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	
Manob. Prote de V.A.	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	não	sim	
Nº de deglutições															

Legenda: Utensílios: CN-canudo; CP-copo; CL-colher; S-seringa

Observações: (náusea/vômito e outras):.....

Mastigação:..... Manobras Utilizadas: posturais:..... Proteção de via aérea:.....

CONCLUSÃO: () Deglutição normal Disfagia oral () D orofaríngea () D faríngea ()

Por consistência: () Disfagia leve..... () Disfagia moderada..... () Disfagia Grave.....

Classificação geral: () Disfagia Leve () Disfagia Moderada () Disfagia Grave

() disartria () apraxia () afasia () disfonia () disartrofonía () outros:.....

CONDUTA:..... Avaliador:.....

Fonte (conforme o original): Santoro, P. P., Furia, C. L. B., Forte, A. P., Lemos, E. M., Garcia, R. I., Tavares, R. A., & Imamura, R. (2011). Otolaryngology and speech therapy evaluation in the assessment of oropharyngeal dysphagia: a combined protocol proposal. *Braz J Otorhinolaryngol*, 77(2), 201–213.

ANEXO C



BIOÉTICA

Código ID: _____

Data: ____/____/____

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DA AMOSTRA

Data de Nascimento: ____/____/____

Género: ☐ Feminino ☐ Masculino

Estado civil:

☐ Solteiro(a)

☐ Divorciado(a) ou separado(a)

☐ Casado(a) ou em união de facto

☐ Viúvo(a)

Concelho de residência: _____

Habilitações académicas:

☐ 9.º ano

☐ Mestrado

☐ 12.º ano

☐ Doutoramento

☐ Bacharelato

☐ Outro _____

☐ Licenciatura

Profissão: _____